

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N° 527

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 juillet 1894, à 1 heure

Par ADOLPHE RIVET

Ancien interne des hôpitaux de Nantes
Lauréat (bis) de l'École de médecine de Nantes
Membre de la Société des Sciences naturelles de l'Ouest

ESSAI

SUR LES

HERNIES DE L'APPENDICE VERMIFORME

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
 { BRUN, ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 juillet 1894, à 1 heure

Par ADOLPHE RIVET

Ancien interne des hôpitaux de Nantes
Lauréat (bis) de l'École de médecine de Nantes
Membre de la Société des Sciences naturelles de l'Ouest

ESSAI

SUR LES

HERNIES DE L'APPENDICE VERMIFORME

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. (PANAS, professeur.
(BRUN, ALBARRAN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	{ TILLAUX.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MON AMI LE DOCTEUR VIGNARD

Chirurgien-suppléant à l'Hôtel-Dieu de Nantes

ESSAI

SUR LES

HERNIES DE L'APPENDICE VERMIFORME

AVANT-PROPOS ET HISTORIQUE

Ayant eu connaissance d'un cas récent de hernie de l'appendice, désireux d'avoir des renseignements précis sur cette question, nous cherchâmes dans les auteurs les lumières qu'il nous fallait. Après avoir compulsé avec soin les dictionnaires, les ouvrages de chirurgie modernes, les traités récemment publiés, nous fûmes surpris de n'y presque rien rencontrer, et pourtant est-il un sujet de pathologie chirurgicale plus étudié que celui des hernies?

Pendant longtemps l'appendice iléo-cœcal a été laissé de côté. Beaucoup d'auteurs avec Morgagni, considéraient les lésions de ce diverticule intestinal comme inoffensives et lui-même avait réséqué l'organe sur les animaux sans déterminer aucun accident. Les petites dimensions et le

peu d'importance physiologique de l'appendice paraissaient n'avoir jamais un rôle bien considérable en pathologie.

Les nombreux travaux, qui chaque semaine pour ainsi dire surgissent de tous côtés, se sont chargés de démontrer la fausseté de cette opinion.

L'anatomie normale de l'appendice *in situ* a été étudiée scrupuleusement par les anatomistes contemporains.

Trèves en Angleterre, Tuffier et Clado en France, pour ne citer que les principaux.

L'histoire théorique et clinique des appendicites, longtemps confondus avec la typhlite, la pérityphlite, le phlegmon iliaque, possède à l'heure actuelle un chapitre des mieux élucidés, depuis surtout que le traitement de ce genre d'affection est devenu totalement chirurgical.

Étant donné que l'appendice *in situ* était le siège de lésions inflammatoires fréquentes, il était à supposer *a priori*, que cet organe prolabé, tombé dans un sac herniaire, devait y être encore plus prédisposé, puisqu'il ajoutait encore à ses aptitudes pathologiques tous les accidents propres aux hernies ordinaires.

Nous avons donc été surpris, nous le répétons, que ces hernies intéressantes n'aient pas attiré davantage l'attention des cliniciens.

Nous essaierons dans les pages suivantes de tracer d'après les observations, recueillies avec difficulté, les principaux traits de ce genre de hernie.

Avant d'aller plus loin, nous offrons à M. le Dr Vignard, chirurgien suppléant à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le témoignage de notre reconnaissance et nos plus sincères

remerciements, pour la bienveillance avec laquelle il s'est toujours empressé à nous aider dans notre tâche.

L'histoire de la hernie de l'appendice est de date toute récente. Morgagni a été un des premiers à mentionner la présence de l'appendice dans plusieurs hernies. Amyand trouva dans une hernie scrotale, cet organe adhérent à l'épiploon (Tritschler, thèse Tubingue, 1806). Merling (thèse d'Heilctelberg, 1826) rapporte un certain nombre de cas analogues. Chez un nouveau-né, l'appendice était contenu dans une hernie inguinale congénitale avec adhérence au testicule (Scemmering). Hesselbach décrit une hernie inguinale droite de l'appendice chez un enfant de 10 semaines. Fleischmann rencontre l'appendice dans un hernie inguinale congénitale chez un enfant de 2 jours. Dans une opération d'entéro-épiplocèle chez un homme de 20 ans, le sac herniaire ne contenait que l'appendice lié au testicule et simulant par suite de cette adhérence un varicocèle. Schwenck, Leipzig, 1805. Citons encore, Morse (*Wiener med. Woch. V. 15. 1802*). Hernie crurale droite contenant l'appendice. Puchets id. Carlo Javamelli Th. d'Osmondi, 1836. Quelques cas de Cruveilhier, Malgaigne, etc.

En 1868, Klein fait paraître un résumé de tous les cas connus, mais la plus grande partie de ces observations se rapporte à des trouvailles d'autopsie ou à des pièces anatomiques.

A partir de cette époque, quelques auteurs suivent la voie tracée, et apportent à cette étude, encore bien neuve, plusieurs faits non sans intérêt. Pas un seul cependant, ne s'était attaché, par un travail d'ensemble, à coordon-

ner les faits épars, à en tirer des déductions ou des indications thérapeutiques.

En 1893, Brieger publie dans les *Arch. f. Klin. chir.*, XV, le premier travail important, sous le titre : *Hernies de l'appendice vermiforme*. L'auteur s'efforce de démontrer que ces hernies sont moins rares qu'on ne paraissait le croire jusqu'ici. Il a réuni toutes les observations parues depuis le mémoire de Klein, 28 cas de hernies de l'appendice seul.

Cet ouvrage nous aura été d'un grand appui pour l'édification de notre thèse. Nous avons surtout mis à profit les observations *in extenso* prises dans la clinique chirurgicale de Breslau. Nous avons également mis à contribution, celles que M. le Dr Pollosson fit paraître dans le *Lyon Médical*, avec quelques réflexions à la suite. Le cas publié par M. le Dr Thierry, sous le néologisme heureux d'appendicocèle, *in Bulletins de la société anatomique*, 1892, quelques fragments de M. le Dr Bernard, même bulletin, 1894 : enfin deux autres observations inédites dues à la complaisance de M. le Dr Vignard. Ajoutons encore tous les faits consignés dans la thèse de M. Merigot de Treigny et dans le mémoire de Brieger.

DÉLIMITATION DU SUJET

Par hernie de l'appendice, nous ne voulons parler que de la présence dans un sac herniaire de l'appendice iléo-cœcal seul en tant qu'intestin prolabé, accompagné ou non d'épiploon.

Les hernies qui rentrent dans cette catégorie sont jusqu'à présent peu connues comme nous avons essayé de le démontrer. Nous pensons cependant qu'elles sont moins rares qu'on ne le pense en général. « M. Lucas-Championnière, dont on connaît la grande expérience en cette matière, n'a jamais rencontré l'appendice vermiciforme, isolé dans un sac de hernie, dit M. le Dr Thierry, qui n'en avait également jamais trouvé avant le cas qu'il a publié. »

En somme, il n'est pas extraordinaire de rencontrer dans une hernie commune, l'appendice, accompagnant une anse intestinale, et il est assez naturel de constater sa présence dans une hernie du cœcum.

Dans ces conditions, son importance est bien diminuée, et les phénomènes d'étranglement dans le premier cas sont confondus avec ceux de l'anse intestinale étranglée, qui les surpassent en intensité, de même dans le deuxième cas où il n'y a pas à proprement parler étran-

gement de l'appendice puisque l'obstacle réside en général sur le cœcum.

Comme toutes les hernies, celles de l'appendice peuvent être congénitales ou acquises. Nous constaterons donc des différences pathogéniques tranchées dans les deux classes.

Un de nos devanciers les a décrites en trois chapitres : hernies irréductibles, hernies étranglées de l'appendice seul, hernies étranglées avec épiploon.

Pour la commodité de la description, nous étudierons la hernie de l'appendice comme la hernie ordinaire, en la suivant dans chacune de ses évolutions pathologiques.

Nous ferons un essai sur l'étiologie difficile à établir, un chapitre très complet sur l'anatomie de l'appendice en insistant sur sa forme, ses dimensions, sa situation précise, la disposition de son méso, sa mobilité et celle du cœcum qu'il est forcé de suivre dans ses déplacements, ses rapports avec les organes voisins, et les orifices par lesquels il peut faire hernie. Nous verrons aussi ses anomalies les plus communes. Pour cette étude, nous avons fait de nombreux emprunts au travail de M. Clado, paru dans les *Mémoires de la société de Biologie* de 1892.

Nous passerons ensuite en revue la pathogénie, l'anatomie pathologique. Les symptômes glissant rapidement sont ceux de la hernie réductible pour s'étendre sur l'étranglement. A ce propos nous ferons quelques réflexions sur la physiologie pathologique et la variabilité des symptômes. Nous arriverons, après le diagnostic, la marche et le pronostic, au traitement auquel nous consacrerons un long article.

A la fin de ce travail on trouvera deux tableaux récapitulatifs : l'un des hernies irréductibles, le second des hernies étranglées, avec statistique et résultat opératoire.

ÉTIOLOGIE

On ne peut guère se rendre compte exactement de la variabilité de ces hernies suivant les âges. Les observations réunies, à part quelques-unes bien détaillées, offrant trop de lacunes. Certains auteurs avancent quelques faits relatifs à ces hernies chez les enfants.

Enfant naissant, *icones Herniæ congenitæ* (Sandifort). Enfant de deux jours. Fleischmann. Enfant de 2 ans (*The Dublin journal*. Th. de Merigot de Treigny). Nouveau-né (Sømmering cité par Merling). Enfant de dix semaines (Hesselbach). Garçon de 8 ans (Nusbaum). Enfant de 13 ans (Malgaigne). id., 13 ans (Guersaut fils), etc. Les adultes y sont plus sujets, on rencontre plusieurs personnes âgées, 60 ans (Vignard), 71 ans (Pollosson), 68 ans Carlo-Javomelli. On trouvera l'âge indiqué, quand il sera connu, aux tableaux récapitulatifs.

Le siège a toujours lieu à droite, comme c'est rationnel, sauf dans un cas où l'appendice a été trouvé à gauche ? Observation XXIII de Brieger. Hernie inguinale gauche.

Quant au siège, l'appendice peut faire hernie dans les deux trajets ordinaires, canal inguinal, anneau crural.

Sur 52 cas nous trouvons : Trajet crural 17 fois.

Trajet inguinal 35 fois.

Le rapport entre homme et femme est difficile à établir pour la cause déjà invoquée. Il paraît résulter, comme c'est l'habitude pour les autres hernies, une fréquence plus grande de hernies crurales chez la femme.

Ces hernies paraissent reconnaître les mêmes causes productives que les autres.

Leur irréductibilité provient d'adhérences inflammatoires. L'étranglement semble plus fréquent dans la hernie appendiculaire par l'aptitude particulière de l'appendice à contracter dans sa position normale des lésions inflammatoires, à plus forte raison dans un sac herniaire où elle est exposée aux affections spéciales aux hernies ordinaires.

ANATOMIE DE L'APPENDICE

L'appendice iléo-cœcal ou vermiculaire est un petit diverticule cylindrique, attaché à l'extrémité libre du cœcum, il naît de la partie inférieure, postérieure et interne de cette portion du gros intestin distant de la valvule d'environ deux ou trois centimètres. M. Tuffier, qui a fait des recherches si intéressantes sur ce sujet, n'a trouvé que deux fois sur 200 cas l'appendice inséré à l'extrémité la plus déclive du cœcum.

Il a une forme cylindrique, parfois légèrement renflée vers sa partie moyenne, ou vaguement bosselée.

Très rarement rectiligne, le plus souvent recourbé suivant une de ses faces. En général un peu évasé à son insertion.

Chez quelques rares sujets, on l'a trouvé infundibuliforme et se continuant sans ligne de démarcation bien accusée avec le cœcum très resserré dans ces cas.

Sa dimension moyenne serait de six à huit centimètres, suivant Sappey, six, huit et douze centimètres, Mariage (thèse de Paris), de cinq à six. Benoît de six à douze, dans des cas peu communs on en a rencontré mesurant jusqu'à 18 et 22 (Heule), 20 (Lannelongue), d'un autre côté, il est parfois à l'état rudimentaire et d'une longueur inférieure à trois centimètres.

L'appendice est creusé d'une cavité centrale très étroite

ayant presque toujours un diamètre égal, même dans les dimensions exagérées. Cette cavité est le plus souvent virtuelle, en forme de fente, sauf quand elle est distendue, ce qui est assez fréquent, par des mucosités, des corps étrangers, noyaux de fruits, boulettes fécales.

Certains auteurs ont trouvé l'appendice en partie oblitéré et Cruveilhier affirme l'avoir vu une fois transformé en cordon fibreux.

Il existe de nombreuses dissidences sur l'existence de la valvule qui enferme l'orifice. Les uns la décrivent plus ou moins complète depuis un simple relief jusqu'à un croissant embrassant plus de la moitié de sa circonférence. Gerbach prétend qu'elle est toujours rudimentaire chez les vieillards, ce qui expliquerait la rareté des perforations du cœcum chez eux. Clado en nie l'existence, Testut la considère comme exceptionnelle. Lafargue ne l'a rencontrée que deux fois sur 200 sujets.

Un simple coup d'œil sur sa structure.

Ses parois sont très épaisses, 4 à 6 millimètres. Séréuse, musculeuse à fibres longitudinales et circulaires, celluleuse très dense, et une muqueuse à épithélium cylindrique, stroma adénoïde musculaire mucusæ et de nombreuses glandes en tube.

De toutes les tuniques, la plus importante pour nous est la séreuse. Le péritoine l'entoure complètement comme sur l'intestin grêle, et en s'adossant à lui-même sur un de ses bords, il forme un véritable méso. Le méso appendice qui la rattache au cœcum et au mésentère.

Le méso existe toujours, parfois il n'est que rudimentaire.

Sa forme est triangulaire, falciforme. Le bord externe s'insère sur toute l'étendue de l'appendice, parfois même il en dépasse la pointe, sous forme de prolongement épiploïde, son bord supérieur est fixé sur la lamé mésentérique sous-iléale, dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Son bord interne, libre, contient l'artère appendiculaire.

De la face antérieure du méso-appendice, part un repli péritonéal verticalement implanté sur lui, c'est le repli iléo-appendiculaire de Jonnesco, le repli iléo-cœcal de Valdeger, Trèves et Tuffier.

Le méso-appendiculaire antérieur est fréquemment chargé de graisse, de même que le méso-postérieur et l'envahissement est souvent tellement abondant que l'appendice est englobé dans une masse composée de tissu adipeux.

Clado a décrit un ganglion (appendiculaire) situé au niveau de la base du méso, où se jetteraient les lymphatiques de l'appendice. Ce ganglion est souvent hypertrophié, dans les appendicites, fièvre typhoïde, etc.

Chez la femme, l'appendice est relié aux organes intrapelviens par un petit repli partant de sa base se rendant au bord du ligament large correspondant, ligament appendiculo-ovarien. Laffargue ne l'a observé que 17 fois sur 20 cas.

Nous allons nous arrêter longuement sur la situation normale et anormale de l'appendice.

Les différences de sa position tiennent à sa direction elle-même, ou au déplacement du cœcum qu'il est forcé de suivre.

Les anatomistes anciens le plaçaient dans la fosse iliaque.

Mais de nos jours, les travaux modernes tendent à préciser sa situation. Ce qui est extrêmement important pour éviter bien des erreurs de diagnostic, un seul exemple : Leguen dans un mémoire à la Société anatomique de Paris de 1892, cite une appendicite prise pour un phlegmon périnéphrétique, erreur facile, l'appendice ayant été trouvé fixé près du rein.

Voyons d'abord la position du cœcum. Leguen sur 100 sujets l'a trouvé 45 fois dans une situation anormale et 55 dans la normale.

Dans le premier cas, chez 25 sujets le cœcum était à la partie postérieure de la fosse iliaque très haut par rapport à l'arcade de Fallope, très haut et très profondément sous le foie. Six fois franchement prérénal, sans rapport avec la fosse iliaque, 14 fois dans le petit bassin entre la vessie et le rectum. Jamais dans la région de l'ombilic. Jamais en arrière du pubis comme Engel, mais dans certains de ces derniers cas la mobilité de l'intestin était telle que rien ne s'opposait à ce que le cœcum ne prit sous une influence quelconque une situation différente.

Dans une observation prise par M. Michel, interne lauréat des hôpitaux, on a trouvé le cœcum dans la fosse iliaque gauche.

Quant aux positions de l'appendice lui-même sans obéissance au cœcum, Testut en donne quatre types différents :

1° Ascendant, appliqué à la face postérieure du cœcum et du côlon, peut s'élever jusqu'au foie avec lequel il a contracté des adhérences ;

2° Descendant en croix avec le psoas, engagé dans le petit bassin, en rapport avec la vessie, le rectum, l'utérus ;

3° Externe appliqué à la portion du fascia iliaca qui recouvre le muscle iliaque. Testut l'a vu une fois près de l'épine iliaque antéro-supérieure ;

4° Interne, accompagnant le segment terminal de l'iléon (1).

M. Laffargue sur 100 sujets de tout âge et des deux sexes, a trouvé :

Le type ascendant 13 pour 100.

» descendant 41,5 pour 100.

» latéral interne 26 pour 100.

» latéral externe 17 pour 100.

Mariage prétend qu'il est presque toujours derrière la fin de l'iléon.

Trèves a décrit des adhérences contractées avec le rein droit, le côlon, le duodénum.

John Fergusson (*in international of medical sciences*), janvier 1891, a trouvé sur 100 cas :

19 fois le long du bord du cœcum.

11 » descendant vers le bassin.

18 » sur le bord interne du cœcum.

63 » en arrière.

D'après Clado, sa situation véritablement normale, serait dans la cavité pelvienne, croisant les vaisseaux iliaques externes.

1. Parfois, il occupe la fosse iliaque et va jusqu'à l'arcade crurale.

PATHOGÉNIE

Un des faits les plus importants pour expliquer la pathogénie des hernies de l'appendice, les hernies congénitales principalement, c'est l'existence d'adhérences entre l'appendice et les organes voisins. Pour Clado, il est indiscutable que beaucoup de ces adhérences sont le résultat de lésions inflammatoires durant la vie fœtale. On l'a trouvé lié par sa pointe au ligament large, à la trompe, à l'ovaire. Il est difficile d'admettre que des lésions de nature inflammatoire, venues après la naissance, n'aient soudé que l'extrémité la moins vasculaire de ce diverticule. Trèves a signalé des adhérences à la partie antérieure du rein. Sappey-Haller, des adhérences hépatiques et duodénales.

Elles sont donc une des causes les plus puissantes de la formation de ces hernies. Dans la thèse de Merigot de Treigny, Sandifort cite un cas où l'appendice avait été entraîné pendant la migration du testicule dans la vaginale.

L'appendice adhérait en partie avec le testicule, en partie avec le sac et l'ancienneté des lésions nettement inflammatoires attestait que l'affection devait remonter à l'époque de la descente du testicule. Sur un nouveau-né, l'appendice était seul contenu dans une hernie inguinale congénitale et adhérait au testicule, Sømme-

ring cité par Merling. Le Dr Miot relate également une observation à l'appui, il y avait adhérence entre le testicule et l'appendice (*in mémoire de Clado*). Dans une opération d'entéro-épiplocèle chez un homme de 20 ans, on constata que le sac herniaire ne contenait que l'appendice adhérent au testicule et simulant par là un varicocèle, Schwenck. Leipzig, 1805, cité par Merling.

L'évolution topographique de l'appendice nous en donne l'explication. Jusqu'à six mois l'appendice caché derrière le cœcum est en rapport avec le foie et en contact avec les glandes génitales (mâle et femelle).

Une autre cause non moins importante : la persistance du canal vagino-péritonéal pendant la vie embryonnaire ou les premiers jours de la vie.

Les hernies acquises irréductibles peuvent s'expliquer également par une appendicite antérieure, des adhérences de l'appendice avec le péritoine pariétal au voisinage du canal inguinal ou de l'anneau crural. Le péritoine devenant par glissement portion du sac herniaire, entraînera avec lui l'appendice.

Dans la plupart des observations, nous voyons des adhérences avec le sac, il est évident que beaucoup d'entre elles sont dues à une appendicite intra-sacculaire, à une péritonite herniaire, consécutivement à la descente. Mais pourquoi quelques-unes de ces adhérences n'auraient-elles pas eu une origine antérieure.

A ce propos, on peut également se demander si l'épiplocèle droit adhérent ne doit pas ses adhérences à une poussée d'appendicite antérieure.

L'appendicite provoquant dans son voisinage des adhé-

rences inflammatoires, épiploïques ou intestinales, de sorte que l'épiploon épaissi par l'inflammation, serait par là-même plus prédisposé à faire hernie. En dehors de toutes ces causes par adhérences on peut alléguer bien d'autres raisons.

Quelle est la véritable raison du prolapsus, est-ce l'appendice organe « éminemment voyageur » de M. Farabeuf, ou au contraire l'organe assez étroitement fixé de M. Clado qui est en cause. Quoique certains auteurs inclinent à penser que la grande mobilité de l'appendice, doit le protéger de l'entrée des anneaux herniaires, nous croyons plutôt le contraire, ne savons-nous pas que l'appendice présente des différences de longueur variable d'un sujet à l'autre, depuis moins de 3 centimètres jusqu'à plus de 20 centimètres, il nous semble évident qu'une longueur exagérée, et une mobilité plus grande, des changements de direction doivent lui faciliter l'accès des orifices.

Il mesurait 20 centimètres dans l'observation de M. Thierry, VI. Observation LIV de Cabaret. Observation XIX, Brieger, etc. Signalons en outre sa réplétion, son augmentation de poids qui l'entraîne en bas, l'abaissement du cœcum, sa mobilité dans un cas lui permettant d'aller jusqu'en face l'anneau inguinal gauche, l'excès de dimension de son méso. Observation de Wette, de même que sa brièveté par rapport à la longueur considérable de l'appendice. Observation I. La surcharge graisseuse (Vignard).

Voilà pour nous presque toutes les causes énumérées, dans certains cas on peut invoquer la coïncidence de plusieurs d'entre elles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les hernies de l'appendice suivent la loi commune. Elles sont réductibles ou irréductibles.

Du premier cas nous n'avons pas à nous occuper davantage.

Comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre, il y a presque constamment des adhérences de voisinage, soit antérieures ou postérieures au prolapsus.

Voilà la véritable cause de l'irréductibilité.

Adhérences au sac, Brieger, observations XIII, XXVI, etc.

Brunner, 1889, à l'anneau. Brieger, observation X, à l'épiploon, Brieger, XXVI, XXV, etc... Clinique de Breslau au cordon spermatique, Jackle. Bruger, observation XXIII; Cl. de Breslau, observation XXIV. Nous connaissons en plus celles qui existent avec le testicule.

Etant donnée la facilité avec laquelle l'appendice normal, *in situ*, s'enflamme, on comprendra facilement que cet organe prolapsé aura encore plus de chances de subir des modifications. Des lésions inflammatoires à l'étranglement il n'y a qu'un pas. L'étranglement doit donc être dû bien souvent, vu l'exiguité du calibre du diverticule par rapport à celui de l'anneau, à une appendicite avec

toutes ses conséquences redoutables, gangrène, perforation, péritonite localisée ou généralisée.

Dans certains cas, les désordres sont tellement intenses qu'on a eu pendant l'opération, ou l'autopsie, beaucoup de peine à trouver ou reconnaître l'appendice. L'organe ayant été diminué de volume ou considérablement déformé, baigné dans le pus, enfoui dans les tissus sphacelés. M. Manec croit être en présence du canal spermatique altéré, on le laisse dans la plaie, le malade meurt, observation XXXIV. G. Beaumetz, *Gazette des Hôpitaux*, 1859, page 462. Ailleurs l'opérateur croit reconnaître une masse épiploïque adhérente et modifiée, il la laisse dans la plaie; mort (erreur d'autant plus grande qu'il s'agissait d'un enfant), observation XL, Guersant. Schwencke croit à un varicocèle, il y avait adhérence testiculaire. On hésite un instant entre la trompe et l'ovaire, observation XXXII, Cl. de Breslau, il ressemble à un ganglion lymphatique, observation X, XIII. *Lancet*, septembre 1880.

La plupart du temps l'étranglement est provoqué par une inflammation due à la présence de corps étranger (noyau de cerise, observation XXXVIII, *The Dublin Journal*, 41). Une aiguille, Amyand, observ. LI, matières fécales, et cette dernière hypothèse ne doit pas être toujours éloignée, si l'on n'en trouve plus de traces. Les boulettes pouvant se dissocier sous l'influence de l'inflammation.

Sandifort, dans la thèse de Mérigot de Treigny, signale un cas d'étranglement, survenu par l'irritation occasionnée par la pression d'un bandage mauvais ou mal ajusté. Signalons encore, l'interposition du méso-appendice entre

l'anneau et le diverticule. Les coudes et les inflexions en anse de l'appendice. Observat. XXV. Brieger. Observ. XII, Jackle. Wolfler, incrimine aussi une fois, la dégénérescence kystique de l'appendice. Observat. XVI. Quoique souvent on rencontre peu ou point d'adhérences au collet, l'appendice pouvant librement être attiré au dehors. Il faut reconnaître que certains étranglements ne peuvent rentrer dans les cas cités plus haut, on est convaincu alors du rôle joué au niveau de l'anneau, du collet du sac.

Il existe chez ces malades, un sillon d'étranglement à ce niveau. L'étranglement est parfois très serré, nécessitant le débridement, observ. du Dr Pollosson, Dr Thierry, Brieger, etc.

Dans ces observations, la stricture de la hernie présente tous les degrés, depuis une simple trace, jusqu'au sphacèle complet. L'appendice étranglé, offre les mêmes particularités qu'une anse intestinale dans la même situation : les deux parties séparées par le sillon subissent les mêmes effets pathologiques, depuis quelques troubles de vascularisation, de congestion permettant la réduction dans l'abdomen, de l'organe après libération, jusqu'à la gangrène complète, perforation, transformation en un vaste abcès stercoral. Cas probable de M. le Dr Pollosson, de M. le Dr Vignard.

Le voici en quelques mots :

Un homme entre à l'hôpital avec de la diarrhée et une tumeur fluctuante de l'aîne droite. On fut sur le point d'inciser la collection purulente dès le premier jour, croyant à un abcès simple. Le second jour, la peau

prend une couleur violacée, et à la percussion on trouve de la sonorité gazeuse, le troisième jour, à la surface, on aperçoit une petite escharre, qui sous l'influence d'une légère pression donna issue à un liquide fécaloïde et à des gaz.

La guérison fut spontanée. Quoique nous n'en ayons pas la certitude, il y a bien des présomptions, que nous ayons eu là, un abcès stercoral dû à un étranglement de l'appendice, avec issue naturelle heureuse, sur laquelle il serait téméraire de compter.

Quant à un abcès par pincement latéral de l'intestin, cela paraît peu probable étant donné le peu de phénomènes généraux, et surtout la terminaison favorable.

SYMPTOMES

Dans la hernie réductible les symptômes sont très obscurs. Il est bien difficile pour ne pas dire impossible d'affirmer qu'on est en présence d'une hernie de l'appendice.

En lisant attentivement les observations, ce qui frappe le plus c'est le petit volume de la tumeur. On la compare souvent à la grosseur du petit doigt, d'une noix. Obs. Beaumetz, XXXIII.

Dans plusieurs cas elle était passée inaperçue.

Merling, Th. d'Heidelberg. Cabaret. *Journ. de conn. médic. chir.*, 1842. Faisons remarquer qu'elle est souvent de consistance ferme, semblable à un ganglion. Ob. Thierry, fréquemment indolore, occasionnant une gêne si peu accentuée que quelques malades s'abstiennent de porter de bandage sans les voir grossir sensiblement. Pich. *Th. Lancet*. M. Thierry nous rapporte cependant, l'histoire d'un hernieux qui vit sa hernie s'étrangler pour avoir mis de côté son bandage.

Hernie irréductible. — Toujours confondue avec l'épilocèle. Observat. XXI de la Cl. de Breslau, etc. Tous les symptômes sont communs, irréductibilité, tumeur presque constamment mate à la percussion, sensibilité modérée à la pression. Dans une observation XXXII, on a observé des douleurs et de fréquentes mictions.

Hernie étranglée. — La plus importante pour nous. La marche de l'étranglement dans la hernie appendiculaire n'est pas toujours la même et nous fournira ample matière à réflexions.

Les observations nous montrent l'étranglement survenant souvent en même temps que l'irréductibilité.

C'est le premier symptôme observé. L'étranglement, la plupart du temps, survient sans effort, sans cause appréciable extérieurement, chez des individus porteurs de hernie, jusque-là indolente, et se réduisant facilement depuis plusieurs années (jusqu'à 8 ans), surtout tant qu'elle était bien maintenue par un bandage.

Symptômes locaux. — Sous l'influence de l'étranglement la tumeur augmente de volume, devient tendue, maronnée, avec ou sans rougeur de la peau, de consistance plutôt rénitente que fluctuante, ce qui arrive cependant (Obs. Vignard). Souvent sensible à la pression, au niveau du pédicule (Ob. Vignard) où elle atteignait le plus haut degré de sensibilité.

Symptômes fonctionnels. — Des douleurs intenses, s'irradiant dans l'abdomen, sous formes de coliques violentes dans presque tous les cas. C'est ici surtout que nous devons faire remarquer les variabilités des phénomènes d'obstruction.

3 symptômes capitaux doivent nous arrêter.

Constipation, arrêt des gaz, vomissements.

Disons d'avance que dans la pluralité des cas, on note au complet tous les phénomènes d'étranglement.

Constipation, arrêt des gaz, vomissements, météorisme, état général mauvais. Il n'y a donc qu'un nombre relati-

vement restreint de malades à ne pas suivre cette règle.

Résumons les quelques observations qui font exception.

La malade de M. Vignard présentait de la persistance des selles et des gaz, tout en vomissant par intermittence.

Celui de M. Thierry n'avait également pas de constipation, pas d'arrêt des gaz, tout en ayant quelques vomissements.

Dans une observation de Brieger, on avait tous les symptômes de l'étranglement, moins la constipation.

Ob. de la Cl. de Breslau, constipation incomplète, selles après huile de ricin. Gaz abondants, pas de vomissements.

L'enfant cité par Guersant, conservait normaux le cours des matières et des gaz malgré les vomissements.

Enfin Malgaigne parle d'un enfant de 13 ans qui avait également des selles.

Que ressort-il de cet exposé ? Presque toujours il y a relation entre l'arrêt des matières et des gaz. L'existence de ce symptôme est d'un intérêt capital pour le diagnostic comme nous le démontrerons. Ensuite que le signe vomissement n'offre aucune importance. En effet, il existe parfois dans les cas les plus opposés, avec absence de constipation, avec arrêt des selles. On ne doit donc fonder sur lui aucune espérance sérieuse pour le diagnostic.

A tous ces symptômes locaux et fonctionnels, ajoutons chez quelques-uns tous les phénomènes péritonéaux, faciès grippé, petitesse du poulx, refroidissement, en un mot le collapsus dans sa plus pure expression. Chez

d'autres, rien de ces phénomènes alarmants, un état général relativement satisfaisant.

En résumé, les symptômes suivent deux marches bien distinctes. Leur connaissance exacte est d'une haute importance pour le diagnostic et l'intervention future..

Dans un premier cas : Irréductibilité, tension, augmentation de volume, douleur exaspérante, vomissements précoces, et presque d'emblée, suppression totale des matières intestinales et des gaz, phénomènes de collapsus ou non.

Dans un second : A propos d'une hernie souvent petite, douleur plus ou moins vive, tumeur dure, tendue, irréductible, mais nausées seulement ou vomissements. Tardivement se fait l'arrêt des gaz et des matières ou des matières seulement, ou encore absence de constipation, état général pas trop inquiétant.

Chez le premier malade en présence de symptômes d'étranglement aussi caractéristique, devant cette marche tapageuse, rapide, on ne peut avoir aucun doute, on songe de suite à la hernie commune étranglée. Erreur facile, peu regrettable, puisqu'on est conduit à la kélotomie.

Chez le second : cette absence de constipation, l'issue naturelle des gaz, l'atténuation de tous les phénomènes ordinaires de l'étranglement, conduisent le médecin à ne penser qu'à l'épiplocèle et par là à différer l'intervention.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Pourquoi tant de variabilité dans les phénomènes qui se rattachent à l'étranglement de la hernie de l'appendice. Les phénomènes d'iléus ne tiennent pas à l'obstacle réel au cours des matières. « Rien ne peut mieux démontrer l'origine nerveuse des accidents de l'étranglement herniaire que les accidents observés dans l'étranglement de l'appendice vermiforme, où il n'y a pas lieu de faire intervenir, ni l'arrêt mécanique de cours des matières, ni la septicémie intestinale (Pollosson).

Les coudes, les torsions de l'intestin ne peuvent suffire que dans certains cas déterminés (Observ. XVII, l'autopsie donna : obstruction de l'intestin grêle par demi-torsion qui avait échappé au cours de l'opération).

On a parlé de péritonite par propagation, justifiable également que dans quelques faits (Obs. de Pick, où l'on ne trouva aucun signe de péritonite, aucun changement de structure de l'intestin, quoique l'autopsie fut faite 5 heures au plus tard après la mort).

Ristein a fait sur ce sujet de remarquables expériences sur les chiens. Il pratiqua l'occlusion de l'intestin par suture, il n'eut aucun phénomène d'iléus, la mort arriva lentement par inanition, aussi Ristein attribue-t-il les phénomènes d'occlusion à l'altération pathologique cau-

sée par l'étranglement du tube intestinal et de ses nerfs. Quant aux vomissements fécaloïdes, il n'y voit là qu'une simple conséquence de l'interruption du cours des matières en rapport surtout avec le siège élevé de l'occlusion.

Il s'agit probablement d'un réflexe variable avec les sujets. Chez les hystériques n'a-t-on pas signalé des vomissements fécaloïdes, et pourtant on ne pourra pas accuser aucune des causes usitées en pareil cas.

Il existe encore une certaine analogie entre la diversité de ces phénomènes et ceux qu'on observe dans les coliques néphrétiques et hépatiques, où les symptômes sont si variables, depuis quelques légers signes qui les font passer parfois presque inaperçus, et ces grands troubles qui ressemblent à l'occlusion intestinale, avec météorisme, vomissements, arrêt des matières, douleurs atroces. On sait que l'intensité de ces phénomènes n'est pas en rapport avec le volume de la concrétion, mais bien avec l'excitation qu'elle détermine et le spasme qui en résulte suivant la susceptibilité nerveuse des individus.

Pour nous les phénomènes d'iléus paraissent donc bien de nature réflexe, et avoir pour cause l'altération des nerfs intestinaux, en tout cas dans le domaine du grand sympathique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la hernie appendiculaire réductible doit être fait avec les plus grandes réserves. Il n'existe jusqu'à présent aucun signe de certitude, peut-être pourrait-on invoquer l'exiguité de la tumeur qui était tellement réduite dans certains cas qu'elle était passée inaperçue. On a noté l'absence de gargouillement pendant la réduction. Quant à la hernie irréductible elle a été prise dans bien des cas pour une hernie intestinale, mais le plus souvent on croit avoir affaire à un épiplocèle.

Pour distinguer la hernie appendiculaire accompagnée d'épiplon de celle qui ne l'est pas, se baser sur l'absence de sonorité à la percussion et palper soigneusement pour reconnaître l'empâtement. En général, l'épiplocèle est moins douloureux.

Quelques auteurs ont prétendu reconnaître à travers les téguments, la forme de l'appendice. C'est ainsi que Trèves sur une femme de 56 ans très amaigrie dit avoir senti facilement le cœcum et son appendice. Nous n'avons pas entendu dire que la chose ait pu être faite pour une hernie de l'appendice seul.

Le diagnostic de la hernie étranglée de l'appendice offre le plus grand intérêt. On l'a confondue souvent avec la hernie intestinale. L'erreur n'était pas d'une importance

majeure, si tous les symptômes de l'étranglement étaient au complet. L'allure tapageuse de l'affection forçant toujours à intervenir.

Mais si les accidents prennent une tournure plus bénigne on est tenté, ce qui est arrivé souvent, de penser à une épiplocèle, on n'intervient pas, et l'emploi de cette thérapeutique expectante devient fatale pour le malade. On peut encore confondre avec le pincement latéral de l'intestin, où se trouvent réunis tous les signes propres à l'étranglement.

Dans bien des cas qui ne sont terminés ni par une opération ni par une autopsie, il n'est pas prouvé que le diagnostic pincement latéral de l'intestin soit absolument exact. Dans les deux ordres de fait les symptômes se confondent et peuvent exister au complet, ou sont atténués.

Peut-être le pincement latéral est-il plus rare, la hernie de l'appendice plus commune. En lisant les observations et pincement latéral, on pourrait, sans y rien changer, en comprendre quelques-unes comme hernies de l'appendice. Citons comme exemple l'observation XXVI de la thèse de M. le Dr Ferrier-Bordeaux, 1884, présence dans le pli de l'aîne, d'une tumeur résistante, douloureuse, vomissements fécaloïdes, pas de selles, pas d'évacuation gazeuse, pas de collapsus, toxis sans résultat. Kélotomie, débridement d'un anneau du fascia cribri-forme, on attire un tube aplati du volume d'une plume d'oie de huit à dix centimètres de longueur, etc..., n'est-ce pas trait pour trait le tableau de la hernie de l'appendice.

Combien y en a-t-il d'autres sur son modèle.

Avec le pincement d'une frange épiploïque seulement, phénomène curieux puisque l'intestin n'est pas en cause, le Dr Plessy en cite un exemple dans les *Annales de la Société Anatomique*, 1892, où M. le Dr Ricard fit la cure radicale pour deux franges épiploïques de l'S iliaque, ayant donné des signes d'étranglement tout en laissant passer les matières et les gaz.

C'est surtout dans les cas d'abcès stercoral, lié à un appendice étranglé, que la confusion avec un abcès simple du pli de l'aîne peut être faite. En ouvrant un abcès de l'aîne pris pour un abcès par congestion, on constata l'issue d'un liquide stercoral. Il s'établit là une fistule malgré que les matières passassent en plus grande partie par l'anus. Le malade mourut. A l'autopsie on trouva une hernie crurale droite constituée par l'appendice vermiciforme avec adhérence et perforation de l'intestin. Hevin, cité par Cabaret, *Journal des Connaissances Médicales Chirurgicales*, 1842, page 55.

La première observation du Dr Pollosson prêtait aussi à confusion. Dans un abcès occupant à la fois un sac herniaire crural et la partie voisine du grand péritoine, on trouve l'appendice perforé et gangréné. En l'absence de commémoratifs et de détails précis sur la situation de l'appendice, nous ne saurions dire s'il s'agissait d'une appendicite vulgaire dans un sac herniaire ou au voisinage d'un sac herniaire, ou d'un étranglement de l'appendice herniaire terminé par gangrène, perforation et abcès à la fois sacculaire et intra-abdominal.

De même dans celle de M. le Dr Vignard que j'ai résu-

mée en quelques mots, et qu'on trouvera *in-extenso* parmi les autres.

Le peu de troubles du côté de l'appareil digestif, le manque de constipation pouvait rendre presque fatale la méprise au premier abord, étant donné qu'il n'y avait pas en ce moment la sonorité gazeuse, et que le plus souvent on ne possède guère de renseignements antérieurs.

PRONOSTIC

Nous n'avons toujours en vue que l'histoire des hernies de l'appendice (pures). Nous ne nous occuperons donc pas de celles où il est combiné avec d'autres matières du tube digestif.

Nous considérons comme sérieuse toute hernie appendiculaire, même la hernie réductible. Son petit volume peut la faire reconnaître, ou n'y pas faire donner l'attention voulue. Un bandage, dans ces conditions, le maintient souvent avec peine, et nous avons vu plus haut un cas d'étranglement, d'origine inflammatoire extérieure provoquée par un bandage sans doute mal appliqué.

Puisque nous savons que l'appendice *in situ* est fréquemment le siège de lésions inflammatoires ; a plus forte raison devons-nous redouter les autres accidents propres aux hernies qui peuvent venir s'ajouter à ses aptitudes pathologiques.

Une des complications fréquentes, c'est la péritonite herniaire. Si elle est subaiguë ou chronique, elle peut évoluer avec un retentissement nul ou presque nul sur l'état général et ne se révéler parfois que par des douleurs locales, des coliques, des alternatives de diarrhée ou de constipation, et aboutir en fin de compte à des adhérences. Adhérences entraînant l'irréductibilité.

Inutile de dire que l'irréductibilité comporte un pronostic encore plus sévère, puisqu'elle met la hernie dans les conditions les plus favorables au développement des complications, et n'est-on pas obligé d'en venir aux opérations, opérations plus graves qu'une kélotomie ordinaire, on résèque l'appendice. On ouvre la cavité intestinale, il faut donc redoubler de vigilance au point de vue aseptique.

La présence de l'épiploon dans la hernie n'est pas une chose négligeable, on sait avec quelle facilité l'épiploon s'enflamme.

Le pronostic de la hernie appendiculaire étranglée est extrêmement grave, surtout, si se fiant sur sa marche sans grand fracas, on l'a confondue avec l'épiplocèle. On a tout lieu de penser qu'en pareil cas l'étranglement suffisamment prolongé, aboutira à la gangrène, à la perforation et déterminera un abcès sacculaire, ou même une péritonite enkystée ou non. La mort ou la guérison pouvant être la conséquence de cette perforation suivant l'étendue de la phlegmasie, l'état général du sujet et suivant le traitement. Au contraire l'opération de la kélotomie pratiquée à temps donne des résultats aussi favorables que dans la hernie étranglée vulgaire (Pollosson).

TRAITEMENT

Il est évident qu'en l'absence d'un diagnostic exact on est conduit à agir comme si l'on avait affaire à un étranglement herniaire ordinaire.

Taxis et kélotomie suivant le cas.

Dans plusieurs observations, le taxis a paru réussir, quelque temps avant l'irréductibilité de la hernie, et l'on n'a pas de raison de penser qu'il s'agissait d'un autre organe que l'appendice à ce moment.

Mais si l'on était absolument certain que l'appendice serait en cause, il vaudrait mieux proposer la cure radicale d'emblée, que de tenter le taxis, plusieurs observations, et celle de M. Vignard en particulier, nous montrent qu'un taxis qui aurait réussi eût fait rentrer dans l'abdomen un appendice déjà malade et qui aurait accompli là son évolution pathologique.

D'autant plus que la kélotomie à l'heure actuelle réussit toujours et mettrait le malade à l'abri des lésions appendiculaires.

La kélotomie décidée, on se comportera pour les premiers temps comme pour une hernie ordinaire, incision de la peau, dissection du sac, ouverture et recherche de l'agent d'étranglement et de l'organe étranglé, le temps est souvent très pénible. En lisant les observations, nous

voyons que dans bien des cas ce n'est qu'à la fin de l'opération qu'on peut découvrir l'appendice enfoui dans du pus des tissus infiltrés, sphacelés, et déformé à tel point qu'il a pu être confondu avec un canal spermatique, un ovaire, etc.

Une fois l'organe reconnu il devra être libéré et attiré en dehors.

Là deux méthodes peuvent être mises en parallèle.

Libération et réduction ou résection.

Pour nous, nous conseillons toujours la résection.

Il faut être bien sûr de l'intégrité de la partie étranglée pour se décider à la réduire dans l'abdomen.

Quel procédé faut-il choisir ? la ligature de l'appendice, ou sa suture.

Brieger emploie le procédé de Miculitz, incision circulaire de la séro-musculaire à 1/2 centimètre au-dessous du cœcum, dissection de cette mouchette sur une étendue d'un 1/2 centimètre, section de la muqueuse, suture à part des deux tuniques, désinfection du moignon.

M. Vignard emploie un procédé approchant, incision circulaire de la séro-musculaire. Section au ras de la muqueuse, suture à part sur deux plans ; dans son cas, le méso étant un peu long il en recouvre le moignon, sous forme de petit capuchon ; ce qui donne une solidité plus grande et plus rapide, étant donnée la promptitude avec laquelle le méso contracte des adhérences.

OBSERVATION I

M. Pollosson place une ligature au catgut à un centimètre au

dessus du point étranglé et coupe au-dessous du fil, réduit et extirpe le sac (cure radicale). Suture de la peau.

Dans l'observation, après avoir placé une ligature au catgut à 7 centimètres de l'extrémité, la muqueuse étant apparente après section au-dessous du fil, il ferme cette extrémité au moyen de deux points séro-interstitiels, au catgut très fin.

M. Thiesy, dans son cas, fait la résection après ligature à la soie, ne cautérise pas le moignon et rentre le tout, il y eut un peu de suppuration, et il fallut enlever les sutures de la peau.

M. Bernard lie le pédicule, le cautérise et le suture.

M. Chaput, ligature en masse de l'appendice, à sa base excision et enserrement du moignon sous un double étage des sutures séro-séreuses passés dans l'épaisseur des parois du cœcum.

En somme quel est le procédé le plus avantageux ? Nous préférons de beaucoup la suture.

La ligature simple de l'appendice n'offre comme avantage que la rapidité du procédé. Mais elle ne nous paraît pas réunir toutes les conditions de sécurité possible. Une portion de la muqueuse, malgré tous les soins de désinfection, peut ne pas être absolument aseptique et se trouver au contact du péritoine qu'elle peut infecter. Ensuite, si le fil vient à céder trop vite, on court les risques d'une péritonite (ce qui n'a pas encore été observé paraît-il) mais dans certains cas on eut des fistules (1 cas).

Qu'on fasse suivre la ligature d'une cautérisation au thermo, comme bien des chirurgiens, dans le cours de leurs opérations pour des appendicites, nous ne voyons là rien qui ne soit rationnel.

Mais faire après ligature une série de points de suture sur la portion suivant la striction, nous ne comprenons pas beaucoup comment ces sutures peuvent prendre, comment la réunion peut s'opérer, puisque la circulation du moignon est interrompue par la striction extrême de la ligature.

Ajoutons un fait intéressant, à l'actif de la ligature simple, chez un sujet opéré, pour appendicéle.

On vit pendant un grand nombre d'heures des phénomènes douloureux d'une extrême intensité se dérouler ; et probablement dus à une action réflexe dont le point de départ était sans doute dans la constriction des filets nerveux par la ligature.

OBSERVATIONS

OBS. I. — La nommée M..., âgée de 60 ans, porte depuis 7 ans à la partie interne du pli de l'aîne droit une petite grosseur qui, jusqu'à ces derniers temps, n'avait donné lieu à aucun symptôme inquiétant : sauf un peu de gêne de temps à autre, jamais M^{me} M..., n'avait éprouvé ni douleurs, ni troubles digestifs qu'elle pût rapporter à sa tumeur. Tout au plus avait-elle remarqué qu'elle augmentait quelquefois de volume, variant de la grosseur du petit doigt à celle du pouce.

Le lundi soir 11 septembre 1893, tout-à-coup, sans cause appréciable, la tumeur devient plus volumineuse, plus tendue, elle est le siège d'une sensibilité très vive et le point de départ de coliques violentes. Il n'y eut de vomissements que le lendemain mardi, et encore la malade ne vomit-elle que deux fois des aliments et un peu de bile. Ces vomissements ne se produisirent pas le mercredi ni le jeudi ; le matin du vendredi, jour de son entrée à l'hôpital il y eut encore un vomissement bilieux. Pendant les quatre jours, la malade continua à aller à la selle comme d'habitude, prétend-elle. Il y eut une selle le vendredi matin. Malgré le peu d'intensité de ces troubles digestifs, la tumeur du pli de l'aîne augmentait de volume, devenait de plus en plus douloureuse. Un médecin appelé diagnostiqua une hernie et essaya de la réduire. Il y eut même quelques tentatives de réduction le jeudi, mais les moindres pressions sur la tumeur étaient tellement douloureuses que la malade se refusa à les supporter et le lendemain vendredi elle entra à l'hôpital (salle 21).

Voici ce qui nous est permis de constater : à la partie interne du pli de l'aîne droit existe une tumeur du volume d'une mandarine : débordant en dedans le pli de l'aîne, elle occupe une partie de la grande lèvre droite et du mont de Vénus, en un mot, elle présente le siège de la hernie inguinale chez la femme. A sa surface la peau est tendue, lisse, chaude, d'un rouge violacé. Dure, œdémateuse au pourtour, la consistance est nettement fluctuante au centre ; en ce point la percussion dénote une sonorité très superficielle. Rappelons que la tumeur est extrêmement sensible et que l'exploration en est très pénible pour la malade. Il n'existe pas de météorisme, le ventre n'est pas douloureux sauf au voisinage de la tumeur. La faiblesse de la malade est grande ; elle paraît très abattue, la voix est cassée. Le faciès est grippé, les yeux excavés. Le pouls est petit, rapide, mais il ne semble pas y avoir d'hypothermie.

Le diagnostic n'était pas sans quelques difficultés à cause du peu d'intensité des troubles digestifs, surtout de la persistance des selles nettement affirmées par le malade. Cependant, l'existence antérieure d'une petite tumeur à la partie interne du pli de l'aîne, le début brusque par des coliques, l'altération rapide de l'état général et de plus les caractères de la tumeur actuelle ne nous permettent pas une hésitation bien prolongée.

Il s'agit d'un abcès stercoral consécutif à une hernie inguinale étranglée. Le pourquoi de l'absence de constipation, nous le verrons au cours de l'intervention.

La malade est immédiatement portée à la salle d'opération et chloroformée.

Opération. — Nous incisons la tumeur suivant son grand axe oblique en bas et en dedans : après la peau et le tissu cellulaire sous-cutané nous sectionnons une membrane aponévrotique : aussitôt un flot de liquide noirâtre, d'odeur fécaloïde, mélangé d'un peu de pus s'échappe par l'incision.

Après lavage au sublimé, nous isolons une enveloppe verdâtre, perforée, d'aspect gangréneux, que nous prenons un instant pour un intestin sphacélé; mais l'erreur est vite reconnue; c'est un sac herniaire, car en l'explorant et en le disséquant nous le voyons continuer en haut avec le péritoine.

Tout d'abord il nous avait paru vide, mais en introduisant le doigt profondément jusqu'au collet nous sentons là une petite masse grosse comme l'extrémité du petit doigt. Il nous est facile d'attirer au dehors sans débridement du collet du sac (l'anneau inguinal seul a été incisé).

Aucune adhérence ne le retient au niveau du collet.

A notre grande surprise, nous constatons qu'il s'agit de l'appendice iléo-cœcal noir gangrené et perforé dans sa moitié libre. Simplement tuméfié dans sa moitié *inférieure* pourvue de méso, la limite des deux est nette et est marquée par une dépression circulaire large d'un demi-centimètre; *trace* de l'étranglement au niveau du collet du sac. Dans la cavité de l'appendice gangrené existe encore un peu de liquide noirâtre fétide.

Le méso accompagne l'appendice, il est fortement graisseux, un peu œdémateux mais en somme peu altéré.

Je résèque la portion gangrenée, puis suture la muqueuse de l'appendice par trois catguts et la séreuse par trois autres catguts. Des derniers fils je ramène le méso en capuchon sur le moignon qui est réintégré dans le péritoine. Ce mode de fermeture me paraît plus sûr que la ligature de l'appendice. Cure radicale. Ablation aussi complète que possible des tissus mortifiés verdâtres périssacculaires, suture seulement du haut de la plaie, suites opératoires.

Diète 4 centigrammes d'extrait opium et 2 centigrammes de morphine les deux premiers jours.

On commence à l'alimenter le troisième mais très légèrement.

Pansement, lundi matin 18. Un peu de pus s'est accumulé dans la partie décollée de la grande lèvre ; désinfection au sublimé, pansement humide qu'on répètera le soir.

Les jours qui suivirent, on continua les pansements humides pour assurer la désinfection de la plaie.

La cicatrisation se fit lentement, et l'état général ne s'améliora que graduellement. Il fallut un mois $1/2$ pour obtenir une guérison complète. Cette lenteur de la convalescence s'explique par le commencement d'infection dont la malade était atteinte au moment de l'opération, infection déterminée par l'abcès gangréneux.

Néanmoins, elle sortit vers le commencement de novembre, dans un état très satisfaisant. Complètement cicatrisée et n'éprouvant aucuns troubles digestifs.

Observations de M. le D^r Pollosson.

Obs. II. — Hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Eucher, service du D^r Maurice Pollosson.

X. Y..., âgé de 71 ans, entré en 1888. Vieillard cachectique se présentant avec un teint terreux et du subdélirium, ne fournissant aucun renseignement sur l'histoire de sa maladie.

On constate dans la région iliaque droite, au-dessus de l'arcade, une tuméfaction fluctuante qui descend à la cuisse dans le triangle de Scarpa, au devant des vaisseaux fémoraux.

Une incision est faite au-dessus de l'arcade et une contre-ouverture à la cuisse : il s'en écoule un pus fétide. Le malade ne se relève pas et la mort survient quelques jours après.

Autopsie. — La collection purulente, située au-dessus de l'arcade est intra-péritonéale ; elle est limitée en haut par des adhérences et sur un point par le cœcum et son appendice.

Ce dernier est gangréné et perforé ; la collection purulente

du triangle de Scarpa est en continuité de paroi avec la précédente ; et il est aisé de reconnaître que c'est un diverticule péritonéal, un sac de hernie crurale.

Obs. III. — Salle Saint-Paul, lit 35, Hôtel-Dieu de Lyon, service du D^r Maurice Pollosson.

A. F..., repasseuse, 37 ans, demeurant à Lyon, entrée le 21 août 1890, sort le 15 septembre 1890.

La malade a vu survenir à droite une petite tumeur dans la région crurale, il y a cinq ans. Elle n'a jamais porté de bandage. Elle avait eu avant la hernie deux enfants.

Il y a deux jours, sans efforts, elle vit la tumeur devenir tendue et volumineuse, elle eut des coliques et des envies de vomir. Le lendemain elle dut garder le lit, eut encore une selle ce jour-là, mais remarqua qu'elle ne pouvait plus faire de gaz.

Le troisième jour, au matin, elle eut un vomissement et des hoquets.

Le D^r Victor Morel, appelé, diagnostiqua un étranglement herniaire et l'envoya à l'Hôtel-Dieu.

Le lendemain à la visite, on trouve la malade avec faciès grippé, pouls petit, se plaignant de coliques violentes, de nausées, et n'ayant ni selles, ni évacuations gazeuses. On sent dans la région crurale une petite tumeur marronnée, tout à fait identique à la tumeur habituelle de la hernie crurale étranglée.

Opération. — La malade anesthésiée, l'opération est conduite comme pour une hernie vulgaire. On trouve un sac, on l'incise : il renferme un liquide rougeâtre assez abondant, et à l'intérieur, au lieu d'intestin ou d'épiploon, on trouve un cordon rougeâtre, long de 5 à 6 centimètres, du volume du petit doigt, présentant l'aspect d'un pénis d'enfant en érection. Sur un point de sa circonférence est un bourrelet graisseux analogue aux appendices épiploïques du gros intestin.

On débride l'anneau avec le bistouri de Cooper ; on tire légèrement au dehors l'organe hernié, et on voit qu'à la partie étranglée, au bourrelet rouge, fait suite un cordon pâle, du diamètre d'un porte-plume ; c'est l'appendice iléo-cœcal.

On place une ligature au catgut, à un centimètre au-dessus du point étranglé, on coupe au-dessous du fil, on réduit, on extirpe le sac (cure radicale) et on suture la peau.

Les suites de l'opération furent très simples et la malade sortit guérie le 15 septembre 1890.

Examen anatomique. — La partie réséquée présentait à son centre une cavité tubulaire terminée en cul-de-sac. La paroi de cette cavité avait un aspect muqueux. La portion située au-dessus de l'étranglement était notablement tuméfiée et d'un rouge vineux.

Il n'a pas été fait d'examen histologique, mais il ne paraît pas douteux qu'il s'agit d'un appendice intestinal et suivant toute probabilité de l'appendice iléo-cœcal.

Obs. IV. — X. Y..., infirmière, 32 ans, Hôtel-Dieu de Lyon.

Porte depuis deux ans une hernie crurale droite. A son apparition la tumeur a été douloureuse et a provoqué des phénomènes d'étranglement qui ont disparu après un taxis presque immédiat.

Depuis, la malade a porté un bandage, mais seulement d'une façon intermittente.

Il y a huit jours, la hernie est sortie et est devenue douloureuse ; et elle a été supportée dans cet état.

Cependant, le 3 mars, la douleur locale a augmenté ; il y a eu des coliques, des nausées (pas de vomissement), de la constipation. On se décide à demander un chirurgien.

Le samedi, 4 mars, M. Maurice Pollosson est appelé auprès de la malade. Il constate dans la région crurale droite, au siège des hernies crurales, une tumeur du volume d'un citron, médiocre-

ment tendue, douloureuse à la pression, surtout au niveau du pédicule.

Vu l'absence de vomissements et la marche des accidents, on pense à une épiplocèle étranglée. La patiente était jeune et d'une bonne santé habituelle, on se décide à intervenir dans le but et de mettre immédiatement fin aux accidents et de faire la cure radicale de la hernie.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Incision sous l'arcade, sur la tumeur, suivant son grand axe qui est transversal. Dissection et isolement du sac jusqu'à son pédicule.

Le sac est doublé extérieurement d'une couche de graisse épaisse ou irrégulière. On incise le sac qui est de petite dimension ; issue d'un peu de sérosité. Le doigt introduit dans le sac rencontre profondément, au-devant de l'anneau crural, une petite tumeur dure, résistante, du volume d'une phalange unguéale. L'incision agrandie, on voit que cette tumeur est constituée par un corps cylindroïde, rougeâtre, tendu, d'aspect intestinal sur une partie de son contour, présentant comme un appendice épiploïque sur un des bords. Le corps cylindroïde a environ 4 centimètres de longueur et se termine par une extrémité fermée et arrondie. On a tout à fait l'impression qu'il s'agit de l'appendice tuméfié.

On l'attire sans débrider, et la partie qui fait suite est un cordon pâle, à surface séreuse, d'un diamètre inférieur à la portion herniée.

On place une ligature au catgut, à sept centimètres de l'extrémité.

La muqueuse du tube étant apparente après section au-dessous du fil, on ferme cette extrémité au moyen de deux points séro-interstitiels au catgut très fin. On réduit facilement et on achève l'opération par les manœuvres de la cure radicale (résection du sac).

Le fragment réséqué se présente sous forme d'un tube fermé en cul-de-sac à une de ses extrémités. Il présente sur un côté un appendice graisseux. Le tube est tapissé d'une muqueuse. La portion réséquée se compose de deux parties, l'une plus volumineuse à surface rosée ; l'autre, séparée de la précédente par un sillon peu marqué, a tout l'aspect de l'appendice iléo-cœcal normal.

Les suites de l'opération ont été très simples : les phénomènes de douleur et d'étranglement ont immédiatement cessé, et actuellement (15 mars), la malade est convalescente.

Obs. V. — M. G. Bernard, rapporte l'histoire d'un malade qui se disait atteint de hernie ancienne. Cette hernie était irréductible depuis huit jours.

A la palpation de l'aîne droite, on perçoit une tumeur dure, irréductible, paraissant se prolonger dans le canal inguinal. On porte le diagnostic d'épiplocèle adhérente, on décide d'opérer.

L'incision faite, on ne trouve pas de sac herniaire, on tombe sur une petite masse blanche, arrondie, longitudinale, sur laquelle des tractions sont aussitôt opérées. On reconnaît que le cœcum est attiré en bas par suite des tractions ainsi faites et que l'organe sur lequel on pratique les tractions n'est autre que l'appendice iléo-cœcal, venu se loger dans le trajet inguinal ; la résection en est aussitôt opérée, le malade va bien (le pédicule, attiré en dehors, a été lié, cautérisé, puis suturé), Société anatomique, 20 avril 1894.

Obs. VI. — Z..., sujet russe, propriétaire de restaurant, âgé de 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Verneuil, le 17 avril 1892.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a huit mois il remarque dans la région inguinale droite l'apparition d'une petite tumeur durè qu'il prend d'abord pour un ganglion. Elle est indolente, réductible, dit-il, à ce moment. On lui conseilla le port d'un bandage.

Il y a trois jours il est réveillé brusquement la nuit, et se lève en toute hâte sans prendre la précaution d'appliquer son bandage.

Immédiatement douleur poignante dans toute la région inguinale, apparue au moment où il sautait du lit ; la tumeur de l'aîne devient douloureuse ; une compression énergique fait disparaître la tumeur, mais au moment où le malade va à la selle elle apparaît de nouveau et reste cette fois irréductible. Un médecin appelé prescrit des bains, tente un léger taxis. Les vomissements, les nausées surviennent, et après avoir appelé un chirurgien en consultation on décide d'envoyer le malade à l'hôpital où je le vois aussitôt.

Pas d'algidité, assez bon état général, mais éructations fréquentes ; cependant il a été à la selle encore hier, dit-il, et peu avant d'entrer à l'hôpital il a rendu des gaz.

Dans l'aîne droite tumeur du volume du poing, dure, tendue, douloureuse, chaude et enflammée ; c'est une des plus volumineuses hernies étranglées que j'aie vues dans cette région. La question du *quid agendum* se présentait et ne laissait pas d'être quelque peu délicate en présence de ces signes d'obstruction subaiguë avec persistance du cours des matières. D'autre part, quel pouvait donc être le contenu d'une hernie aussi volumineuse, si ce n'était l'intestin, et comment expliquer la persistance de l'évacuation des selles et des gaz puisque nous ajoutons peu de foi à l'évacuation du bout inférieur, toujours possible, mais fort rare en clinique. Et d'ailleurs n'y avait-il pas à craindre les dangers d'une expectation en présence d'une hernie, quelle qu'elle fût, étranglée déjà depuis trois jours.

Aussi, éclairé déjà par quelque expérience antérieure de ces étranglements à symptomatologie incomplète, je n'hésitai pas à opérer la volumineuse tumeur.

Tout d'abord mon étonnement est grand ; je m'attendais à trouver un sac volumineux avec péritonite herniaire, adhérences, etc., je rencontre des couches infiltrées, brunâtres, puis grisâtres et stratifiées que je décortique à la manière d'un hématocele ; je procède couche par couche, je résèque ainsi cinq ou six plis de tissus infiltrés, friables, comme fibrineux ; le volume de la tumeur se réduit considérablement et au dernier moment je me demande ce qu'il restera pour constituer le sac, lorsque la sonde cannelée perforant un dernier plan sphacélé fait sourdre un liquide odorant, évidemment fécal, formé de sérosité péritonéale mélangée de matières et de gaz ; j'agrandis alors l'incision qui me mène dans le sac infecté au milieu duquel je reconnais un faisceau filamenteux, sphacélé, putride que je cherche à fixer par une pince, songeant alors à la présence possible de l'appendice cœcal. Avant d'aller plus loin je fais une antisepsie très soignée du sac, à l'acide phénique puis au chlorure de zinc, je taille et je résèque tout ce que je peux des tuniques infiltrées du scrotum en ménageant le canal déférent et j'excise du même coup le fourreau péritonéal allongé mais non spacieux qui entourait l'appendice.

Portant alors mon doigt vers le collet de la hernie je constate qu'il y a étranglement à l'anneau, je débride et M. Vassilieff qui m'assiste, exerçant alors une traction sur le cordon filamenteux incarcéré, attire de l'abdomen et développe un long appendice cœcal. Au moment où le cœcum est attiré on cesse la traction ; j'applique alors un fil de soie à la base de l'appendice, très près du cœcum (trop près du cœcum ainsi que je le remarquai depuis) et je fis la résection de l'appendice en totalité. Celui-ci mesurait près de 20 centimètres, il était sain dans ses deux tiers supérieurs, nettement étranglé par l'orifice inguinal à l'union du tiers inférieur et

du tiers moyen, sphacélé au-dessous de l'étranglement et perforé à son extrémité, comme j'ai pu m'en assurer sur la pièce que je présente.

L'appendice réséqué, comment devais-je traiter son pédicule ?

J'ai dit que j'avais placé la ligature trop près du cœcum ; à la rigueur, j'aurais pu réséquer l'appendice cœcal dans sa continuité, puisque mon aide avait attiré de l'abdomen les deux tiers supérieurs absolument sains ; peu importe d'ailleurs, mais devais-je le réintégrer dans l'abdomen ou le fixer à la plaie scrotale dans la crainte d'une fistule stercorale ? Ce dernier parti pouvait paraître le plus sage ; cependant, désireux d'obtenir la cure « idéale », sûr de l'antisepsie du moignon de résection, je réintègre dans l'abdomen après avoir assuré une simple ligature à la soie et sans cautérisation au thermo du moignon de l'appendice. La plaie scrotale fut réunie par des sutures profondes au fil de Florence dont quelques-unes fixèrent des débris cellulaires à l'orifice inguinal, mais en prévision d'une antisepsie incomplète je laissai un drain dans la plaie.

Pansement sec iodoformé. Les jours suivants le malade va bien : alimentation liquide ; toute douleur disparaît, régularisation des fonctions gastro-intestinales ; le malade s'alimente exclusivement avec du thé ; il en prenait dans son pays jusqu'à 30 et 40 tasses par jour.

Cinq jours après sa température monte un peu, je lève alors le pansement, il est complètement souillé d'un pus grisâtre, très abondant, que je prends, au premier abord, pour du liquide intestinal ; cependant il n'a pas d'odeur ; je supprime alors les points de suture sur toute l'étendue de la plaie cutanée dont je fais l'abstersion complète ; j'y trouve de nombreux lambeaux de tissu cellulaire sphacélé encore adhérent, mais je ne puis déterminer s'il y a ou non communication intestinale ; c'est alors que je regrette

d'avoir pratiqué l'excision de l'appendice aussi près de l'ampoule cœcale.

Deux jours après, le pansement est fait de nouveau ; aucune suppuration spéciale ; la plaie est dans des conditions parfaites de réunion par seconde intention. Quelques lambeaux de tissu cellulaire s'éliminent encore, mais la plaie est belle et granuleuse, et il est certain qu'il n'y a pas eu fistule stercorale : l'antiseptie de la plaie scrotale, presque impossible dans ces tissus phlegmoneux et infiltrés, avait été incomplète. Dès lors, l'observation peut être close : la plaie granula rapidement sous l'influence du Vigo dont je me sers toujours pour provoquer l'épidermisation des plaies, et 20 à 25 jours après l'opération, le malade quittait le service en état général et local parfaits.

Hernies étranglées de l'appendice vermiforme.

Obs. VII. — *Hernie inguinale droite.* — Diagnostic laissé en suspens avant l'opération, peut-être hernie de l'ovaire ? Constipation, peu de flatus, vomissements, laparotomie. La tumeur montre un prolongement allant dans le canal inguinal ; incision de la tumeur qui renferme un pus épais, verdâtre. Ablation de la tumeur ; le prolongement se retire dans le canal inguinal. Guérison. Histologiquement la paroi de la tumeur apparaît comme appartenant à l'intestin et étant donné le siège à l'appendice vermiforme.

Obs. VIII. — *Hernie inguinale droite.* — Constipation, flatus abondants, vomissements ; dans le sac herniaire l'appendice nécrosé perforé. Guérison avec fistule stercorale.

Obs. IX. — *Hernie fémorale droite.* — Symptômes d'étranglement sans constipation, dans le sac herniaire l'appendice non

altéré, long de trois pouces, à la pointe un extravasat sous-péritonéal. Réduction, guérison.

OBS. X. — *Hernie inguinale droite*. — Symptômes d'étranglement. Constipation, l'incision de la hernie découvre un corps analogue à un ganglion qui n'est autre chose que l'appendice vermiforme adhérent à l'anneau herniaire. Il est libéré et réduit. Guérison.

OBS. XI. — *Hernie crurale droite*. — Symptômes d'étranglement sans constipation. Dans le sac herniaire l'appendice replié et adhérent. Réduction. Mort dans le collapsus.

OBS. XII. — *Hernie crurale droite*. — Symptômes d'étranglement, rougeur de la peau au niveau de la hernie. Dans le sac on trouve une petite anse fournie aux dépens de l'appendice; étranglée, perforée en partie, adhérente, recouverte de fausses membranes. L'appendice attiré de façon à dégager son extrémité est réséqué dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Guérison (Jackle, 1888).

OBS. XIII. — *Hernie inguinale droite*. — Symptômes d'étranglement. Appendice fortement adhérent au sac, ressemble à un ganglion lymphatique. Réduction. Guérison (*Lancet*, septembre 1880).

OBS. XIV. — *Hernie scrotale droite*. — Symptômes d'étranglement. Dans le sac du pus et l'appendice enflammé, étranglé au niveau de l'anneau. Réduction : mort au bout de 5 heures. Pas de perforation, pas de péritonite; un sillon d'étranglement à l'insertion de l'appendice sur le cœcum (*Lancet*, mai 1880).

OBS. XV. — *Hernie crurale droite*. — Symptômes d'étranglement.

ment. Dans le sac l'appendice mortifié. Ligature au-dessus du point gangréné. Guérison.

OBS. XVI. — *Hernie inguinale droite.* — Symptômes d'étranglement. Dans le sac herniaire, une poche deux fois grosse comme une tête d'enfant avec une paroi épaisse, musculeuse. L'auteur en fait un kyste développé aux dépens de l'appendice vermiforme en rapport avec une pérityphlite antérieure (Wölfler).

OBS. XVII. — *Hernie inguinale droite.* — Symptômes d'étranglement (constipation, pas de gaz, envies de vomir, symptômes de péritonite). Croyant ouvrir le sac, on incise un kyste contenant du pus ; après dissection de la paroi kystique et l'isolement du cordon spermatique, on trouve un cordon de l'épaisseur d'un tuyau de plume d'oie qui est également isolé du cordon spermatique lié et rentré dans le ventre.

Continuité des symptômes, laparotomie : à l'extrémité du cœcum il n'y a plus qu'un bout d'appendice. Tout l'intestin grêle est enflammé, presque gangréné, nulle part on ne découvre de torsion ou un obstacle quelconque.

Ponction de l'intestin. Collapsus. Mort 12 heures après l'opération.

L'autopsie donna : Obstruction de l'intestin grêle par demi-torsion qui avait échappé au cours de l'opération (*Médecine militaire allemande zeitschrift*, 1886).

OBS. XVIII. — *Hernie inguinale droite.* — Symptômes d'étranglement, appendice gangréné, fut suturé à l'angle inférieur de la plaie et s'élimina. Guérison (Luebker, 1884).

OBS. XIX. — *Hernie crurale droite.* — Symptômes d'étranglement, dans le sac herniaire l'appendice perforé : pérityphlite ;

ablation de l'appendice qui énormément allongé adhère intimement au sac : calibre franchissable pour une fine sonde. Septicémie: mort (Brunner, 1889).

OBS. XX. — *Hernie crurale droite.* — Symptômes d'étranglement (Collapsus, respiration féculente) appendice adhérent, gros, comme annulaire, de couleur jaune tacheté. Ligature, ablation. Guérison.

OBS. XXI. — *Hernie crurale droite.* — Vieille femme, 50 ans. Diagnostic: épiplocèle, appendice mortifié. Ligature, résection, guérison avec fistule stercorale.

OBS. XXII. — *Hernie inguinale droite.* — Homme 59 ans. Appendice étranglé, adhérent par ses points au sac. Ablation après ligature. Cautérisation au fer rouge du moignon.

OBS. XXIII. — *Hernie inguinale gauche.* — 52 ans. Dans le sac herniaire on trouve un appendice épiploïque dégénéré et l'appendice iléo-cœcal adhérent au cordon spermatique. Ligature, ablation et cautérisation comme dans le cas précédent.

OBS. XXIV. — (Tiré de la clinique chirurgicale de Breslau). *Hernie inguinale droite étranglée.* — 45 ans, homme.

L'appendice gangréné tout à fait à son extrémité est réséqué jusqu'à 1 centimètre $1/2$ de son abouchement. Double suture. Guérison.

Voici l'histoire détaillée de ce malade :

21 octobre 1891. — Ferdinand E..., 45 ans. Il y a 12 ans, a remarqué dans le pli de l'aîne droit une petite grosseur non douloureuse qui se laissait facilement réduire.

Augmentation graduelle de la tumeur qui descend dans la bourse correspondante.

Au moyen d'un bandage, la réduction est maintenue. Selles toujours régulières.

Le 29 novembre. — Le patient ayant enlevé son bandage, la hernie se reproduisit et ne put être réduite; peu à peu elle devint douloureuse et les douleurs s'irradièrent vers le côté droit du ventre. Une dernière selle eut lieu peu après la sortie de la hernie. Le malade rendit encore des gaz jusqu'au soir du 20 novembre, depuis plus rien. Pas de vomissements, seulement un sentiment très marqué de malaises.

21 novembre. — *Examen.* — Homme vigoureux, pas de signes de collapsus, la moitié supérieure de la bourse droite est distendue par une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie environ. Cette tumeur se continue en haut dans le canal inguinal, elle est plus étroite à sa partie supérieure qu'en bas, longue de 10 centimètres, large de 4 à 5, sensible à la pression, de consistance rénitente, non fluctuante.

Par une palpation plus profonde, on sent à l'intérieur une nodosité dure, à l'extrémité inférieure de la tumeur on peut percevoir le testicule normal.

Dans la fosse iliaque droite, légère sensibilité à la pression, aucune matité, aucun empâtement. Au niveau de la tumeur même, la percussion donne de la sonorité?

Diagnostic: Hernie inguinale droite étranglée probablement épiploïque.

21 novembre soir. — Tentatives de réduction: on réussit à repousser la nodosité d'un dans la hernie, mais une partie de la hernie ne cède pas.

22 novembre. — Pas de selle. Pas de vomissement. Aucune amélioration dans l'état du patient.

Herniotomie: Le sac se montre constitué par un tissu fibreux très épais, calleux, à l'exception d'un peu de sérosité, il est vide. Par contre le doigt introduit dans le canal inguinal sent à l'ex-

trémité de celui-ci une nodosité dure, grosse comme un œuf de pigeon: Pour la mettre à nu le canal inguinal est fendu, la nodosité attirée au dehors et reconnue comme l'extrémité inférieure de l'appendice. Sa coloration est gris-bleuâtre, d'apparence gangréneuse. Résection à 1 centimètre $1/2$ du cœcum. Suture double, suivant le procédé décrit ci-dessus. Désinfection du moignon qui est réintégré dans le ventre. Une portion particulièrement calleuse du sac est réséquée, le reste libéré, plissé et suturé à l'anneau herniaire (Mac-Ewenscher). Un morceau du sac très adhérent aux vaisseaux du cordon et au canal déférent est laissé en place. La partie la plus élevée de l'anneau est fermée par des sutures à la soie.

Drainage avec mèche iodoformée au milieu de la plaie, laquelle est réunie en haut et en bas. Opium.

10 décembre 1891. — Le malade part avec encore un petit point non cicatrisé granuleux. Au niveau du canal inguinal, résistance solide, pas de sensibilité.

13 janvier. — Cicatrice solide; dans les efforts de toux on sent une légère impulsion de l'intestin contre la cicatrice. Port d'un bandage à partir d'aujourd'hui. Depuis, il ne s'est plus représenté.

Appendice avec épiploon.

OBSERVATION XXV. — Hernie inguinale droite. — Symptômes d'étranglement (constipation, plus d'émission de gaz), épiploon adhérent, derrière l'appendice rouge, jaunâtre, replié et adhérent. Ablation des deux. Mort.

OBSERVATION XXVI. — (Tirée de la clinique chirurgicale de Breslau). — Hernie inguinale droite irréductible. — Dans le sac de grandes quantités d'épiploon qui sont réséquées et liées, en

outré au niveau de l'anneau, l'appendice épaissi à son extrémité. Résection, double suture. Guérison.

Voici l'histoire détaillée de ce malade :

Homme, 29 ans. En 1884, il remarque au-dessus du pli inguinal droit une petite grosseur ovale qu'un médecin diagnostiqua hernie. Un bandage maintint la réduction et à la suite aucun trouble ne fut remarqué jusqu'à il y a 3-4 mois. A ce moment sortie brusque de la hernie, douleurs violentes, vomissements. Le taxis réussit avec un peu de peine toutefois 13-1-92. Sortie nouvelle de la hernie, violentes douleurs, mais aucun vomissement. La réduction réussit sous le chloroforme; un bandage fut appliqué mais douloureux, fonctionnant mal, dut être remplacé par un autre deux jours plus tard. Cependant la hernie s'était reproduite; les tentatives de réduction, la pression du bandage échouèrent. Pas de vomissements, mais malaises fréquents, abondante émission de gaz. Pas de selles du 12 au 23 janvier. Une selle le 24 après huile de ricin. En urinant, tranchées fréquentes.

Examen du 25 janvier 1892.

Tumeur du volume d'un œuf d'oie, étendue de l'anneau inguinal jusqu'au fond du scrotum. On sent le testicule au-dessous masqué par un tégument œdémateux. La tumeur qui se limite mal du testicule présente une masse de forme cylindrique qui pénètre dans l'anneau inguinal. On sent une légère fluctuation.

Traitement. — Bains, huile de ricin, une selle en est la conséquence.

Opération le 25 janvier. — Le sac ouvert, pas de liquide, par contre un amas graisseux inextricable, bleuâtre. La masse, du volume du poing environ, est liée. Il existe de fortes adhérences de l'épiploon avec le sac.

En attirant au dehors la paroi postérieure de celui-ci on décou-

vre l'appendice épaissi et infiltré à son extrémité intimement adhérent et au sac et à l'épiploon.

Résection de l'appendice (procédé à manchette), etc., etc...

8 février. — Guérison par première intention, port d'un suspensoir.

20 mars. — Très bonne santé, cicatrice solide, insensible.

Port d'un bandage dans 5-8 semaines.

Hernies irréductibles de l'appendice seul.

OBS. XXVII. — I. *Hernie inguinale droite*. — L'appendice est relié au conduit spermatique par des liens pseudo-membraneux ; ces adhérences sont coupées et l'appendice réduit : guérison ; après 13 ans aucune récurrence (Jackle, dissertation, Marburg, 1888).

OBS. XXVIII. — II. *Hernie crurale droite*. — L'appendice présente un mésentère relativement grand, qui lui permet une grande mobilité. Guérison (Wette, hôpital de Aochen, 1883).

OBS. XXIX. — III. *Hernie inguinale droite ?*

OBS. XXX. — IV. *Hernie inguinale droite*. — Appendice adhérent au sac, un peu allongé.

Réduction. Guérison.

OBS. XXXI. — V. *Hernie crurale droite*. — Douleurs irradiées avant l'opération ; appendice dans le sac sur une longueur de 2 centimètres ; un sillon d'étranglement très net. Après débridement, l'appendice auparavant un peu épaissi, reprend un aspect normal. Réduction, guérison (Bayer, *Prager. med.*, 1886).

OBS. XXXII. — VI. *Hernie crurale droite* (de la clinique chirurgicale de Breslau).

Dans le sac herniaire, un cordon long de 2 centim. $1/2$ qui amené au dehors est reconnu être l'appendice. Ablation. Guérison.

Voici l'histoire détaillée de ce malade :

Commémoratifs. — Difficultés de miction, douleurs et envies fréquentes d'uriner.

L'existence de la hernie n'est reconnue qu'ultérieurement par la malade.

Examen. — Dans le pli de l'aîne droit, tumeur de la grosseur d'une noix bien délimitée en bas et latéralement moins nettement en haut, se prolonge dans la profondeur par un pédicule. Aucune altération de la peau. Matité à la percussion. Sensibilité modérée à la pression.

Diagnostic. — Hernie irréductible, probablement épiplocèle.

Opération (sur le désir de la malade).

Incision longitudinale au niveau de la hernie. Elle met à nu une tumeur grosse comme une petite noix, isolable des tissus environnants, de consistance ferme, se pédiculisant vers l'anneau crural. Une incision pratiquée sur le point culminant de cette tumeur montre qu'elle est constituée dans ses couches extérieures de tissu graisseux lobulé sur une épaisseur de 1 centimètre environ. Cette graisse est prise pour l'épiploon adhérent au sac. Mais une incision pratiquée juste au niveau du pédicule de la tumeur, à l'anneau herniaire, montre un petit sac herniaire tapissé d'une séreuse normale et situé dans le pédicule même de la tumeur. Les parties prises pour de l'épiploon ne sont autre chose qu'un épaississement considérable de la graisse pro-péritonéale. Dans le sac herniaire se trouve un cordon long de 2 centim. $1/2$ environ, de l'épaisseur d'un tuyau de plume, rouge pâle, recouvert d'une séreuse ; à son extrémité est comme

appendu un petit corps ovale de la grosseur d'un pois, bleu-rougeâtre, également recouvert de séreuse. On hésite un instant entre la trompe avec l'ovaire et l'appendice iléo-cœcal. Mais en l'attirant un peu au dehors, il devient évident que le cordon est bien l'appendice et le corps ovale qui y est appendu, un peloton graisseux du méso appendice ayant subi un peu d'étranglement au niveau de l'anneau herniaire. Resection de l'appendice, ligature du méso. Voici comment est faite la résection de l'appendice.

Incision circulaire de la séro-muscleuse à 1 centim. $1/2$, 2 centimètres au-dessous de l'abouchement dans le cœcum, et dissection de cette séro-muscleuse dans une étendue de $1/2$ centimètre, puis alors seulement section de la muqueuse. De cette façon on fait une sorte de manchette séro-muscleuse destinée à recouvrir la muqueuse.

Suture à part de celle-ci puis de la manchette, le moignon désinfecté est réintégré dans le ventre. Le sac est disséqué, fermé et refoulé dans l'abdomen (procédé de Mac-Ewen). Extirpation du lipôme sous-séreux.

Fermeture de la plaie.

Le morceau d'appendice réséqué est normal, la partie du méso qui siégeait dans le sac est épaissie et fibreuse. Guérison après 12 jours. Après 3 mois aucune récurrence et on ne sent aucune induration dans la profondeur.

Obs. XXXIII. — Service de M. le Dr De Larabrie, salle 7, n° 28. Observation recueillie par M. Mouillé, interne de service. X..., cultivateur, 72 ans.

Ce malade avait depuis de longues années une hernie inguinale droite, peu volumineuse, réductible, ayant peu de tendance à progresser et dont il s'inquiétait fort peu. Un jour, sa hernie parut prendre un développement anormal et lui causa de la souffrance. Était-ce comme on pouvait le croire un accident de cette

ancienne hernie? C'était le développement en haut et en dehors, à côté du pédicule de l'ancienne hernie, d'une tumeur douloureuse, rouge, d'une température plus élevée que les parties voisines, cette tumeur siégeait à la place même du paquet ganglionnaire, la hernie n'avait pas cessé d'être réductible et ne s'était pas enflammée.

Comment avaient débuté les accidents? Le malade, vieux célibataire, travaillant aux travaux pénibles des champs, ne nous donne que des renseignements vagues et sans valeur. Nous sommes réduits aux hypothèses.

C'est trois ou quatre jours après le début des accidents que nous le voyons pour la première fois. Il a une forte fièvre, une diarrhée abondante, les selles sont fréquentes et liquides, le toucher de sa tumeur est la cause d'une très vive douleur. La hernie inguinale est facile à constater et à réduire.

La tumeur a le volume d'un demi œuf, elle est rouge, tendue, chaude, douloureuse : le premier diagnostic qui se présente à l'esprit est : abcès tubéreux des ganglions de l'aîne., mais pas de fluctuation.

Peut-être aurait-on pu ouvrir immédiatement la tumeur ; tous les symptômes d'abcès étaient nets ; cependant, on se contenta de prescrire un bain de sublimé au malade, puis bismuth et quinine.

Le lendemain, tumeur peut-être encore plus volumineuse, fluctuation manifeste, fièvre moindre, douleurs moins vives.

Le troisième jour, la peau est violacée, tend à s'ulcérer, la fièvre a disparu, la fluctuation est toujours aussi évidente, mais un nouveau symptôme apparaît, la tumeur est sonore à la percussion. Cependant, l'état général est très satisfaisant, la diarrhée a complètement disparu, la douleur est très supportable, le malade se trouve lui-même beaucoup mieux. On n'intervient pas encore.

Le quatrième jour une petite escharre tend à se former, avec la pointe d'un bistouri et par un simple grattage, on ouvre la

poche qui s'est formée, puis on agrandit l'ouverture sur la sonde cannelée ; d'abord des gaz se dégagent d'une odeur stercorale infecte, puis un liquide brunâtre où flottent des débris analogues à des matières fécales diluées, pas de pus, pas d'hémorrhagie. La cavité lavée au subliné, reçoit un drain, on place un pansement humide au sublimé.

L'écoulement stercoral persiste deux jours à peine, les lavages antiseptiques répétés chaque jour donnent le meilleur résultat ; la cavité bourgeonne absolument comme celle d'un abcès simple. En une vingtaine de jours, la plaie guérit par réunion secondaire.

L'état général n'a pas cessé d'être excellent depuis l'ouverture de l'abcès.

La hernie n'a pas été influencée par cette lésion dans son voisinage.

De quelle nature était cette lésion, c'est évidemment un abcès stercoral ?

Quelle portion de l'intestin a été herniée puis sphacélée ? Par quel orifice s'est faite la hernie ?... Il nous paraît probable que l'orifice d'étranglement a été le canal crural ou le fascia cribriformis. Pour la portion de l'intestin, on peut supposer l'appendice ; peut-être le cœcum... Nous ne résoudrons pas cette difficile question.

Obs. XXXIV. — *Hernie inguinale droite étranglée*. — Opération. — Présence de l'appendice cœcal. — Mort. — Autopsie. — G. Beaumetz, interne des hôpitaux (*Gaz. des hôpil.*, 1859, p. 462. Observation résumée).

Homme de 19, ans ayant depuis 8 ans une petite hernie inguinale droite et n'ayant jamais porté de bandage.

Les accidents remontent à 8 jours, d'abord peu accusés ; ils s'aggravent progressivement, symptômes classiques de l'étranglement, pas de taxis. Tumeur du volume d'une noix de laquelle

se détache « une espèce de corde ou de cordon dur qui est placé entre la peau et la tumeur ».

M. Mance pratique la kélotomie. Tissu cellulaire de l'aîne enflammé et suppuré par places. Au-dessous « cordon de la grosseur d'une plume d'oie qui d'une part sort de l'anneau inguinal et de l'autre plonge dans le scrotum, ce corps est grisâtre comme gangrené, rien dans son intérieur ». Au-dessous et adhérent à sa face postérieure, existe une poche à parois épaisses, contenant çà et là de petits foyers purulents, qui n'est autre que le sac herniaire. Ouvert, il laisse voir une très petite portion d'intestin étranglé, d'une coloration rouge vif peu foncé. Débridement du sac, intestin sain, réduction facile. Mais le corps cylindrique ne peut être rentré, son extrémité inférieure plonge dans le fond du scrotum, on croit alors être en présence non de l'appendice cœcal mais du canal spermatique altéré, et on le laisse dans la plaie. Mort en 24 heures. A l'autopsie, on constate que l'intestin grêle (iléon à 14 centimètres du cœcum) était sain et bien réduit. « Le méso-cœcum manque, le cœcum, placé très bas, touche à l'arcade crurale et son appendice vermiculaire plonge dans l'orifice interne du canal inguinal ; en avant du collet du sac herniaire et complètement indépendant de ce dernier et jusque dans l'anneau, il est parfaitement sain ». La dissection de la région inguinale montre que le cordon trouvé pendant l'opération est bien l'appendice du cœcum profondément altéré par le pus qui le baigne de tous côtés.

Cet appendice, dans sa portion herniée, a 7 centimètres de longueur. Dans toute cette étendue, il a contracté de nombreuses adhérence avec le tissu cellulaire voisin ; ces adhérences, sous forme de brides, maintiennent, en lui faisant faire de nombreux circuits, l'appendice dans sa nouvelle position. Dans l'intérieur de l'appendice, liquide purulent sans corps étranger.

Au-dessous de l'appendice cœcal se trouve le sac herniaire.

Ce sac a le volume d'une noix, sa paroi est épaissie. Par son côté externe il est adhérent avec le tissu cellulaire épaissi et suppuré et en avant avec l'appendice cœcal. Sa surface interne est rouge. Enfin en arrière du sac on trouve le cordon avec tous ses éléments un peu enflammés ».

OBS. XXXV. — *Hernie inguinale droite de l'appendice iléo-cœcal.* — Etranglement *Pick* (*The Lancet*, vol. 1, p. 801, 1880).

Un homme de cinquante-quatre ans, portait depuis une douzaine d'années une hernie inguinale droite réductible et indolente pour laquelle il ne faisait pas usage de bandage.

Le 16 février. — La hernie devient brusquement irréductible, les accidents généraux suivent de près la douleur locale, l'arrêt des matières est complet, les vomissements ont l'odeur fécaloïde et il existe de l'algidité.

Le 20. — Taxis sans succès.

Le 21. — Météorisme énorme, algidité, collapsus. La tumeur occupe la partie supérieure et droite du scrotum, de là elle remonte dans le canal inguinal, cette seconde partie est très sensible à la pression, la tumeur ne se modifie en rien par des efforts de toux. Les téguments de la région inguinale et de la partie avoisinante de l'abdomen sont le siège d'un œdème rouge, de nature inflammatoire.

Opération. — Incision des téguments et du tissu cellulaire sous-jacent dont les mailles sont infiltrées de sérosité et fortement distendues. L'ouverture du sac donne issue à un liquide épais nettement purulent et très fétide.

La face interne de la séreuse est couverte de fausses membranes. Dans la cavité, on ne trouve absolument que l'appendice vermiculaire qui est fortement congestionné et recouvert de pseudo-membranes.

L'étranglement très serré siège au collet du sac. On examine

l'intestin de nouveau et on le réduit puisqu'il ne présente pas de perforation. Excision du sac, précautions antiseptiques.

Le malade reste dans le même état de prostration et meurt 5 heures après.

Autopsie. — Le sommet de l'appendice cœcal adhère par des fausses membranes très molles au collet du sac. A l'union du cœcum et de l'appendice existe sur celui-ci une bande pâle avec ulcération ; c'est le point qui était serré. Pas de péritonite généralisée.

OBS. XXXVI. — *Hernie congénitale droite de l'appendice vermiforme.* — Mort.

Autopsie. — Sandifort. (*Scones herniæ congenitæ*. Cité par Scarpa. *Loc. cit.* p. 173). Un enfant vint au monde avec une hernie scrotale du côté droit, à laquelle on fit d'abord peu d'attention ; ce ne fut que trois mois après la naissance, qu'on s'occupa d'y porter remède. Lorsque l'on crut avoir réduit complètement les viscères, on appliqua un bandage pour les contenir, en faisant une compression sur l'anneau ; mais bientôt tous les symptômes de l'étranglement se déclarèrent avec tant de violence, que l'enfant mourut. A l'ouverture de son corps, on vit que la hernie congénitale était formée par le cœcum et l'extrémité de l'iléon.

L'appendice vermiforme adhérait en partie au testicule et en partie au fond du sac herniaire.

On observe que, dans le lieu de son adhérence au testicule, cet appendice était, devenu plus dur et plus compact que dans son état naturel, ce qui prouve que l'adhérence avait existé avant la naissance de l'enfant, et conséquemment avant la descente du testicule dans le scrotum et la formation de la hernie.

OBS. XXXVII. — *Hernie inguinale formée par l'appendice*

iléo-cæcal dilaté. — Etranglement. — Kélotomie. — Guérison.
Carlo Javamelli (*Annali universali d'Osmondi*, t. 75, p. 430.
Cité dans *Arch. gén. de méd.*, 11^e série, T. H. p. 483, 1836).

Une femme de 68 ans, portait depuis plusieurs années une hernie inguinale habituellement mal réduite qui s'étrangle. Au bout de deux jours elle fut opérée par Carlo Javamelli : « J'incisai le sac herniaire d'où il ne sortit qu'un peu de liquide, puis ayant examiné avec soin les parties qui y étaient renfermées, je fus fort surpris de n'y trouver que l'appendice cæcal qui avait atteint un volume quadruple de ses dimensions ordinaires. Pour pouvoir le placer dans l'abdomen j'incisai le collet du sac en même temps que l'anneau inguinal qui s'opposait à sa rentrée ; voulant m'assurer si en réalité la hernie n'était constituée que par l'appendice en question, j'attirai doucement celui-ci au dehors et à l'instant même le cæcum se présenta faisant suite à son appendice qui dans le point où il abandonne l'intestin présentait un sillon circulaire, indice de l'étranglement auquel le cæcum ne participait nullement. Après cette exploration j'opérai la réduction ». Guérison.

Obs. XXXVIII. — *Hernie inguinale congénitale contenant l'appendice iléo-cæcal. — Etranglement. — Mort. — Ulcération de l'appendice vermiforme* (*The Dublin Journal*, juillet 1841. Observation résumée).

Enfant de deux ans, hernie congénitale droite avec épanchement dans la vaginale.

Etranglement à marche rapide. Mort par péritonite.

A l'autopsie, péritonite généralisée avec issue des matières intestinales dans le ventre. La hernie contenait l'appendice iléo-cæcal présentant une ulcération qui paraissait causée par un noyau de cerise.

OBS. XXXIX. — *Hernie inguino-péritonéale du gros intestin.* — Autopsie. — Lehmann (Varge's. Zeitschrift. M. F. 11, p. 12, 1862. Traduit par E. Haussmann, in *Arch. gen. med.*, 1880. Vol. 11).

Un homme de 45 ans avait une hernie inguinale droite réductible, mais habituellement mal réduite. Des accidents apparurent qui firent penser à l'existence d'un étranglement. Lehmann examinant le malade à la 54^e heure des accidents reconnut que la région inguinale était tendue et douloureuse, mais qu'il n'y avait pas de tumeur; il se décida cependant à pratiquer la kélotomie.

L'incision du sac donna issue à la sérosité incolore, mais l'exploration digitale n'y fit reconnaître aucune anse intestinale; le doigt, introduit jusque dans le canal inguinal pour tirer la séreuse en avant, provoque l'issue d'une assez grande quantité de liquide trouble et d'une odeur fétide. On se contenta alors de faire un simple pansement et la mort suivit de quelques heures.

Autopsie. — Pas de péritonite. En arrière de la région inguinale, au-devant du péritoine se trouvait un sac hémisphérique volumineux et tendu, s'étendant à deux pouces et demi au-dessus de l'arcade crurale depuis le sommet de la vessie jusqu'au cœcum, s'enfonçant dans la cavité abdominale et ayant dans toutes les directions six pouces de diamètre. Le sac présentait en arrière et en haut une ouverture arrondie d'un demi-pouce de diamètre, limitée par un bord tranchant de consistance fibreuse à travers laquelle une anse d'iléon longue de trois quarts d'aune et l'appendice vermiforme avaient pénétré dans le sac et en comblaient la cavité. L'étranglement était très serré, l'intestin était gangrené mais il n'y avait pas de perforation.

OBS. XL. — *Hernie inguinale droite non congénitale datant de l'âge de deux ans*, chez un enfant de 13 ans 1/2. Etranglement

ment. Opération, la hernie contient l'appendice iléo-cœcal et une masse épiploïque énorme. Mort. Autopsie.

Guersant fils (*Gaz. hôpît.*, 1841, p. 315). L'enfant qui avait porté régulièrement un bandage, cesse d'en porter depuis 18 mois, car la hernie ne sortait plus, il ne restait dans le sac qu'un résidu épiploïque. Brusquement, la hernie se reproduit et devient d'emblée irréductible, le malade vomit plusieurs fois, mais le cours des matières et des gaz n'est pas totalement supprimé. On fait deux tentatives de taxis qui restent sans résultat, puis 36 à 48 heures après le début des accidents, on décide l'opération.

Après avoir incisé des couches celluleuses multiples, on arrive sur le sac qui est ouvert et donne issue à un liquide d'odeur fécaloïde. Il existe une grosse masse épiploïque gangrénée, mais on ne voit pas d'intestin ; on débride alors le collet en haut et on résèque l'épiploon.

En arrière, se voit alors une languette ou plutôt un cordon allongé formé de tissu dur ayant les caractères de tissu inflammatoire ; ce cordon adhère dans toute son étendue avec la face postérieure du sac dont il a l'air de faire partie, paraissant sculpté dans son épaisseur. L'opérateur croit reconnaître-là une masse épiploïque qui a contracté des adhérences anciennes et a subi des modifications inflammatoires (l'auteur fait remarquer que le faible développement ou plutôt l'absence presque complète de l'épiploon, à l'âge de 18 mois, aurait dû lui faire écarter cette idée, aussi il la laisse dans la plaie et fait les sutures.

L'enfant meurt rapidement de péritonite, et à l'autopsie on reconnaît que la prétendue corde épiploïque était l'appendice cœcal ayant acquis 2 à 3 fois sa longueur ordinaire adhérent au bas-fond du sac et étant resté perméable. Protégé dans la plus grande partie de sa circonférence, au niveau du collet, par la masse épiploïque, l'organe n'avait d'ailleurs pas eu beaucoup à

souffrir. Il semble certain, d'après ces résultats, que l'appendice était fixé dans le sac herniaire depuis l'âge de 18 mois.

Obs. XLI. — *Hernie inguinale droite contenant l'appendice iléo-cæcal.* — Mort. — Autopsie. — Merling. Thèse d'Heidelberg, 1826.

Un carrier qui n'avait jamais eu de hernie fut pris d'accidents indiquant une occlusion intestinale. Le siège paraissait être la région de l'aîne droite ; mais l'examen le plus attentif ne révèle ni hernie ni tumeur. Le traitement médical échoua et le malade mourut le lendemain.

A l'autopsie on trouva l'appendice iléo-cæcal étranglé dans une hernie inguinale, il était sphacélé.

Obs. XLII. — *Hernie de l'appendice iléo-cæcal.* — Etranglement. Opération. Fait cité par Malgaigne, sans nom d'auteur, in mémoire sur les étranglements, 1844.

Enfant de 19 ans, porteur d'une hernie inguinale. Phénomènes d'étranglement incomplet, pas d'arrêt des matières.

Taxis répété 6 fois en 36 heures sans résultat.

Opération. — La hernie était constituée par une masse épiploïque en partie gangrenée, plus par l'appendice du cæcum que l'épiploon avait protégé et qui était simplement de couleur rosée, pas d'étranglement.

Obs. XLIII. — Scæmmering (cité par Merling).

Sur un nouveau-né, l'appendice vermiforme était seul contenu dans une hernie inguinale congénitale et adhérait au testicule.

Obs. XLIV. — Hesselbach (cité par Merling).

a) Hernie inguinale droite de l'appendice iléo-cæcal chez un enfant de 10 semaines. Adhérences à la partie postérieure du sac.

b) Hernie inguinale droite de l'appendice iléo-cœcal chez un enfant de moins de deux mois, l'intestin adhère à la face postérieure du sac.

OBS. XLV. — Nusbaum (In Leisrink, tabl.).

Garçon de 8 ans. Hernie inguinale droite irréductible, renfermant l'appendice iléo-cœcal. Cure radicale. La réduction fut facile, ligature et extirpation partielle du sac. Guérison.

OBS. XLVI. — Fleischmann (cité par Merling).

Un enfant de deux jours avait une hernie inguinale congénitale formée par l'appendice qui était long de 1 pouce et large de deux pouces, il remplissait complètement la cavité du sac. Son extrémité libre un peu contournée était placée au-dessus du testicule, mais ne présentait aucune adhérence avec cette glande.

OBS. XLVII. — Schwencke (Leipzig, 1805, cité par Merling).

Dans une opération d'entéro-épiplocèle chez un homme de 20 ans, on constata que le sac herniaire ne contenait que l'appendice iléo-cœcal adhérent au testicule et simulant par suite de cette adhérence un varicocèle.

OBS. XLVIII. — Morgagni.

Dans une hernie inguinale droite chez un homme de 30 ans, Morgagni constate la présence de l'appendice vermiciforme normal.

OBS. XLIX. — Tritschler (Tubingue, 1806, *loc. cit.*).

Plusieurs, (5) cas, dans lesquels on ne trouve que l'appendice cœcal dans les hernies droites.

OBS. L. — Amyand (cité par Tritschler).

Sur un enfant de 11 ans qui portait depuis ses premières

années une hernie scrotale, Amyand ne trouva dans le sac que l'appendice adhérent à une portion d'épiploon.

Obs. LI. — Amyand (*loc. cit.*).

Rencontre dans un sac herniaire l'appendice cœcal rempli de matières fécales solides, et contenant de plus une aiguille qui avait déterminé une perforation.

Obs. LII. — Cruveilhier (Catalogue du Musée Dupuytren, n. 237).

Hernie inguinale droite. Le sac contenait l'appendice iléo-cœcal.

Obs. LIII. — Catalogue du Musée Dupuytren, n. 267. Pas de nom.

Hernie inguinale de l'appendice iléo-cœcal. A son extrémité libre est appendue une tumeur kystique du volume d'une noix qui adhère également au cordon.

Hernies de l'appendice seul.

Obs. LIV. — *Hernie crurale droite constituée par l'appendice iléo-cœcal.* — Etranglement. — Kélotomie. — Absence de sac. — Guérison. — Cabaret (*Journal des Connaissances Médicales Chirurgicales*, 1842, p. 54).

Une femme de 60 ans est prise le 4 mai 1839, de coliques avec vomissements, on ne lui trouve pas de hernie; le lendemain, les accidents persistent, les vomissements deviennent bilieux, le ventre est douloureux surtout dans le côté gauche, mais la malade a deux selles.

6 mai. — On découvre en explorant de nouveau les orifices herniaires, une petite hernie crurale à droite. Elle est tendue, absolument irréductible, le taxis reste sans effet.

Le 7. — Opération. On incise successivement un certain nombre de couches celluluses pour chercher le sac, mais on arrive, sans en avoir trouvé, sur un appendice de trois pouces de long, fortement gonflé et distendu au point d'acquérir un volume de l'intestin grêle.

Il s'agit d'une hernie de l'appendice iléo-cœcal sous sac. L'étranglement siège à la partie interne de l'orifice supérieur du canal crural, on fait porter le débridement sur le ligament de Gimbernat, puis, après s'être assuré que le cœcum est bien libre dans l'abdomen, on réduit l'appendice sans difficulté et on fait les sutures.

La malade guérit sans accident.

OBS. LV. — *Hernie crurale de l'appendice vermiforme.* — Etranglement peu serré. — Kélotomie. — Guérison. — Sand (*Med. Record.*, 1881, p. 706. Observation résumée).

Une femme de 67 ans vit, en faisant un effort pour soulever un fardeau, apparaître une hernie qui augmente progressivement de volume et ne fut jamais maintenue suffisamment.

Au bout d'un certain temps il se fit un accroissement brusque de la tumeur et des accidents généraux apparurent. Kélotomie au bout de 36 heures, le sac herniaire ne contient que l'appendice qui ne présente aucune adhérence et mesure presque un pouce de longueur. Sa réduction fut facile. La malade guérit rapidement de l'opération.

OBS. LVI. — *Hernie crurale droite constituée par l'appendice iléo-cœcal.* — Adhérence. — Perforation de l'intestin. — Fistule stercorale. — Mort. — Autopsie. — Hevin (cité par Cabaret. *Journ. des conn. méd. chir.*, 1842, p. 55. Observation résumée).

En ouvrant un abcès de l'aîne pris pour un abcès par congession, on constata l'issue d'un liquide stercoral ; il s'établit là une

fistule malgré que les matières passassent en plus grande partie par l'anus. Le malade mourut.

A l'autopsie. — L'appendice vermiforme avait glissé sous le ligament de Fallope auquel il était adhérent ; il s'y était percé et avait permis l'issue des sucs excrémenteux fluides dans les tissus graisseux pendant que les matières solides avaient continué de passer par l'anus.

Obs. LVII. — Hernie crurale contenant l'appendice iléo-cæcal. — Etranglement. — Kélotomie. — Guérison. — Puchets (cité par Merling).

Une femme de trente ans avait une hernie crurale droite depuis quelque temps. Tout à coup, sans cause extérieure, cette hernie s'étrangla. Cependant on note l'indolence presque complète de la tumeur, la suppression incomplète des selles et la rareté des vomissements. On fit la kélotomie sans avoir besoin d'ouvrir le sac, car l'appendice vermiforme qu'on sentit à travers la séreuse rentra très facilement par la pression. La malade guérit.

Obs. LVIII. — *Hernie crurale droite contenant l'appendice cæcal.* — Etranglement. — Kélotomie. — Sphacèle de l'appendice. — Guérison. — Morse (Wiener. med. Woch., n° 15, 1802).

Une femme, âgée de 42 ans, entre à la clinique de Czerni pour une hernie crurale. Elle raconte que trois jours avant, sans cause appréciable, elle avait ressenti des douleurs dans l'aîne et dans la hanche et avait constaté une tuméfaction dans cette région, mais elle continua à travailler.

Le lendemain un médecin constata l'existence d'une hernie crurale droite et chercha en vain à la réduire sous le chloroforme. Le troisième jour la malade entre à l'hôpital, la hernie a le volume d'une petite noix, elle est molle, mobile, mais extrêmement sen-

sible. Le ventre n'était ni ballonné ni douloureux ; la température dépassait un peu la normale.

Opération immédiate. Une incision de 8 centimètres met d'abord à nu un amas de ganglions au-dessous desquels on voit le sac herniaire qui s'isole facilement, son pédicule s'enfonce vers l'anneau crural.

L'ouverture du sac laisse apparaître une portion d'intestin qu'on reconnaît être l'appendice cœcal, il présente des points sphacelés et l'on trouve du pus dans le sac, aussi on ne fait pas de réduction. Drainage. Pansement antiseptique.

La malade conserve quelques jours du météorisme et des douleurs à l'hypogastre ; elle eut de plus de fortes métrorrhagies, mais son état s'améliora bientôt et un mois et demi après l'opération elle quitte l'hôpital complètement rétablie.

Vu : le Président de thèse,
GUYON.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLEAUX

Tableau des hernies

N°	Auteurs	Siège	Sexe	Age	Signes locaux volume consistance	Constipation	Arrêt des gaz	Vomissements	S. généraux
1	J. Vignard	Ing. dr.	F.	60	Vol. d'une mandarine const. fluct.	Persistance des selles	Pas d'arrêt des gaz	Vomisse- ments inter- mittents.	Un peu d'altération de l'état gé- néral.
2	Pellouin	Cr. dr.	H.	71	Coll. fluct.	»	»	»	»
3	»	Cr. dr.	F.	37	Pet. tum. maronnée	Pas de selles	Arrêt des gaz	Vomisse- ment hoquet	Faciès grippés
4	»	Cr. dr.	F.	32	»	Pas de selles	»	Pas de vo- missements.	»
5	Bernard	»	H.	»	»	»	»	»	»
6	Thierry	Ing. dr.	H.	58	Vol. du poing dure	Persistance des selles	Pas d'arrêt	Vomisse- ment.	État satisfaisant
7	Brieger	Ing. dr.	»	»	»	Pas de selles	Arrêt des gaz	Vomisse- ment.	»
8	»	Ing. dr.	»	»	»	Constipation	Pas d'arrêt	Vomisse- ment.	»
9	»	Fem. dr.	»	»	»	Pas constip.	»	»	»
10	»	Ing. dr.	»	»	»	Constipation	»	»	»
11	»	Cr. dr.	»	»	»	Pas constip.	»	»	»
12	»	Cr. dr.	»	»	»	Symptômes	d'étranglement	»	»
13	»	Ing. dr.	»	»	»	»	»	»	»
14	»	Scrot. dr.	»	»	»	»	»	»	»
15	»	Cr. dr.	»	»	»	»	»	»	»
16	»	Ing. dr.	»	»	»	»	»	»	»
17	»	Ing. dr.	»	»	»	Constipation	Pas de gaz	Vomisse- ment.	»
18	»	Ing. dr.	»	»	»	»	»	»	»
19	»	Cr. dr.	»	»	»	»	»	»	»
20	»	Cr. dr.	F.	»	»	»	»	»	Collapsus
21	»	Ing. dr.	H.	50	»	»	»	»	»
22	»	Ing. dr.	H.	59	»	»	»	»	»
23	»	Ing. dr.	»	52	»	»	»	»	»
24	»	»	H.	45	Remit. vol. d'un œuf	Constipation	»	Pas de vo- missements.	Mauvais état général
25	»	Ing. dr.	»	»	»	Constipation	Pas de gaz	»	»
26	»	Ing. dr.	H.	29	Œuf d'oie	Constip. pas complète	Emission des gaz	Pas de vo- missements.	»
27	Beaumetz	Ing. dr.	H.	19	D'une noix	Constipation	Pas de gaz	Vomisse- ment.	»

avec étranglement.

Diagnostic	Étranglement	Gangrène	Terminai- son naturelle	Opérations	Résultat opératoire
Abcès stercor. cons. aux hém., étranglement	Étranglement au collet du sac	App. gangr. perforé	»	Résection, suture par 3 catgut, cure radicale.	Guérison
»	»	Perforé, gan- grené	»	Incision et contro- version.	Mort
Hernie étranglée	Étranglement	Congestionné	»	Résection, ligature au catgut, cure radicale.	Guérison
Epiplocèle	Légerement étranglé	»	»	Ligature, suture	Guérison
Epiplocèle	»	»	»	Ligature, suture	Guérison
Hernie étranglée	Étranglement	App. sphaélo- perforé	»	Résection, ligature	Guérison après suppo- sitions
Hernie de l'ovaire	»	»	»	Résection	Guérison
»	»	Apparence nécrosée perf.	»	»	Guérison et fistule
»	»	Pas actéri	»	Réduction	Guérison
»	»	Adhérent, pas altéré	»	Libération et réduction	Guérison
»	»	Replié, adhé- rent	»	»	Mort dans le collapsus
»	Étranglement	Perforé, adhé- rent	»	Résection	Guérison
»	»	Adhérent au sac	»	Réduction	Guérison
»	Étranglement à l'auscult.	Mortifié	»	»	»
»	»	Mortifié	»	Ligature	Guérison
»	Kyste déve- de	loppé au moyen l'appendice	»	»	»
»	»	App. perforé	»	»	Mort dans le collapsus 1/2 torsion de l'int., échapp. pendant l'opé- ration.
»	»	App. gangrené	»	Suturé à l'angle sur le plan, élimination.	Guérison
»	Symptômes de pérityphlite	App. perforé	»	Résection	Mort
»	»	App. adhérent	»	Ligature, ablat.	Guérison
Epiplocèle	»	App. mortifié	»	Ligature, résection	Guérison avec fistule
»	»	App. étr.	»	Résection, ligature, cautérisation.	»
»	»	App. adhérent	»	Ligature, ablation, cautérisation.	»
Hernie ing. dr. étranglée	»	Apparence gangréneuse	»	Résection, suture double	Guérison
»	»	Adhérente avec épiploon	»	Résection	Mort
»	»	Adhér. avec le sac épiploon	»	Résection	Guérison
»	»	App. rétréc. adhérente	»	Lame en place étant prise pour la corde spermat.	Mort

Hernies irréductibles.

Vo.	Anteurs	Siège	Symptômes	Antécédent path.	Diagnostic	Procédé opérat.	Résultat
XXVII.	Brieger.	Ing. dr.		Adhérences au cord. spermat.		Libération réduct.	Guérison.
XXVIII.	»	Cr. dr.		App. avec gr. mésentère.		»	Guérison.
XXIX.	»	Ing. dr.					
XXX.	»	Ing. dr.		App. adh. au sac.		Réduction.	Guérison.
XXXI.	»	Cr. dr.		Sillon d'étran- glement.		Débridement réduct.	Guérison.
XXXII.	»	Cr. dr.	Troubles de la miction tum. gr. comme une noix.	App. ressemblant à l'ovaire à cause d'un peloton grais- seux aphendr.	Hernies irré- ductibles sacs don- ble épiplocèle.	Résect. réduct. suture.	Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie anatomique depuis Berenger de Carpie, 1524, jusqu'à Cruveilhier, se reporter au mémoire de Clado. Nous ne citerons que les auteurs les plus récents, et dont nous nous sommes particulièrement servi.

Traité d'anatomie : Cruveilhier, Sappey, Delierre, Testut, Richet, Tillaux.

M. SÉE. — Article cœcum, Dictionn. encyclopédique.

TUFFIER. — Etude sur le cœcum et ses hernies, Arch. gén. de méd., 1887.

KIRSTEIN. — Experimentelles zur pathologie des ileus. Deutsche med. Wochenschr., 1887.

LEGUEN. — Situation du cœcum chez l'enfant. Bull. soc. anat. Paris, 1892.

TREISEN. — Anat. of the intestin. canal. and. perit. Londres, 1885. Bul. med. journ.

J. FERGUSSON. — To dissect. d'appendic. Journ. of. med. soc. janvier, 1891.

LOCKWOOD. — Les fossettes péri-cœcales; posit. de l'app: vermif. journ. of. anat., 1892.

CLADO. — Anat. et embryol. de l'app. soc. biolog. janvier 1892.

MERLING. — Anat. puls. de l'app. Th. d'Heidelberg, 1876.

J. FERRIER. — Occlus. intestin. dans le pincement. Hemian. Ch. Bord. 1884.

DEFAUT. — Pincement latéral de l'intest. Th. Paris, 1879.

LOVIOT. — » » 1879.

MERIGOT DE TREIGNY. — Etude sur le H. du gr. intestin. Th. Paris, 1887.

- LEDENTU. — Article Hernie. Dict. med. et chirurg. pratique.
- BOURSIER. — » Dict. encyclopédique.
- BERGER. — » Traité de chirurgie.
- EMILE MAURICE. — Essai sur l'appendiculite et la périt. appendicul. Th. P. 1890.
- KLEIN. — Über die ausserey Bruck du processus vermiformi cocci. Gussen, 1868.
- JACKL. — Die Erkrankung des processus vermiformis in Bruchrach. Din. Marburg, 1888.
- ZDEKAUER. — Ein fall von leis tescherine des process. vermiform. Prager. Wochensch. 1890.
- PICK. — Eincklemmung des proc. vermiform. Lancet, mai 1880.
- BENNER. — Einklement hernie des process. vermiform. Philadelph. med. and surj. rep. ort. 1882.
- THIERRY. — Appendicocèle in Bullet. soc. anat. Paris, 1892.
- V. BRIEGER. — Die Hernien des process. vermiformis. Arch. f. Klin. chir. 1893.
- POLLOSSON. — Etranglement herniaire de l'app. iléo-cœcal.. Lyon médic. 1893.
- BERNARD. — H. de l'appendic. Bullet. soc. anat. Paris. LXIX, 1894.

